



PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES

2018-2023
PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ
DES HAUTS-DE-FRANCE



ARS HAUTS-DE-FRANCE - PRS2 // 2018-2023
CADRE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE
SCHEMA RÉGIONAL DE SANTÉ
PRAPS





SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
UN DIAGNOSTIC SOCIO-SANITAIRE POUR CIBLER LES ACTIONS	6
Profil social de la région des Hauts-de-France	7
LES PRINCIPALES PROBLÉMATIQUES	9
LES OBJECTIFS DU PRAPS	10
Objectif opérationnel 1 : Adapter les stratégies de prévention et de promotion de la santé aux populations les plus démunies	11
Objectif opérationnel 2 : Amener les personnes en situation de précarité à s'engager dans une démarche de santé	12
Objectif opérationnel 3 : Structurer une offre spécifique « passerelle » vers le droit commun sur les territoires pour les personnes les plus démunies	13
Objectif opérationnel 4 : Améliorer la coordination des acteurs et des interventions des professionnels	14
L'ANNEXE DÉTAILLÉE DES PROFILS SOCIAUX DE LA RÉGION	15
Profil 1 : Situation sociale la plus défavorable	16
Profil 2 : Situation sociale plutôt défavorable	19
Profil 3 : Des zones urbaines hétérogènes	22
Profil 4 : Situation sociale plutôt favorable	25
Profil 5 : Situation sociale la plus favorable	28

INTRODUCTION

Créé par la Loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998, le programme régional de l'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.

Afin de garantir la transversalité et la cohérence des politiques de santé dans la région, l'Assurance Maladie est co-pilote de ce programme, au regard de ses prérogatives en matière d'accès aux droits, aux soins et à la prévention.

Le PRAPS doit par ailleurs concourir aux ambitions de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes.

A ce titre, une gouvernance spécifique avec la direction régionale de la jeunesse et des sports et de la cohésion sociale et les directions départementales de la cohésion sociale est mise en place, associant les départements, chefs de file de l'action sociale.

Le Cadre d'orientation stratégique du PRS, en cohérence avec la stratégie nationale de santé, pose la lutte contre les inégalités sociales et territoriale comme un enjeu majeur pour la région. Cela se traduit dans les objectifs du schéma régional de santé et du PRAPS. La mise en oeuvre des objectifs du PRAPS doit ainsi permettre un accès facilité et égalitaire à la prévention, à la promotion de la santé et au système de santé des populations qui en sont les plus éloignées, mais plus largement à toute personne qui éprouve des difficultés d'ordre socio-économique à exercer son droit à la santé.

Les personnes en situation de vulnérabilité cumulent bien souvent des difficultés sociales (logement, insertion professionnelle et sociale, etc.) avec différentes problématiques de santé (addictions, souffrances psychiques, maladies chroniques, dépendances...).

C'est pourquoi, plutôt que de privilégier une approche traditionnellement populationnelle (personnes à la rue, personnes détenues, personnes migrantes, etc.) le PRAPS s'appuie sur une approche des besoins de santé des populations à travers le prisme des parcours de santé. Cette approche « parcours » permet ainsi d'identifier les ruptures de prise en charge, les causes

de non recours et de renoncement aux soins et de favoriser le décroisement entre les secteurs de la prévention, du médico-social, du social et du soin.

Conformément à la méthodologie d'élaboration du PRS, le PRAPS est le résultat d'une concertation solide avec les partenaires institutionnels, les professionnels et les usagers. Sur ces bases, une stratégie régionale concertée a été définie. Elle s'articule autour des quatre objectifs opérationnels suivants :

- Adapter les stratégies de prévention et de promotion de la santé aux populations les plus en difficulté ;
- Amener ces personnes à s'engager dans une démarche de santé ;
- Structurer une offre spécifique « passerelle » vers le droit commun sur les territoires pour les personnes les plus démunies.
- Améliorer la coordination des acteurs et des interventions des professionnels.

Un diagnostic, réalisé par l'Observatoire Régional de la Santé et du Social de Picardie, joint en annexe et consultable sur le site internet de l'Agence régionale de santé, a permis d'identifier des territoires prioritaires, pour la mise en oeuvre des actions visant à la réduction des inégalités sociales de santé.

En effet, pour répondre à cet enjeu majeur de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé le PRAPS propose une stratégie de prévention et de promotion de la santé adaptée aux besoins de cette population et tenant compte de la géographie prioritaire, et favorisant l'innovation dans les pratiques et la mobilisation des compétences des personnes.

Véritable levier de la lutte contre le non recours et le renoncement aux soins, le déploiement de « dispositifs d'aller-vers », dont la médiation sanitaire doit permettre de repérer ces situations, d'aller au-devant des personnes, afin de proposer un accompagnement renforcé dans le cadre d'une relation restaurée avec le système de santé et ses acteurs. Cet objectif s'inscrit dans la continuité des travaux du PRAPS précédent.

Aussi, si la priorité reste l'accès aux services de santé de droit commun, il est impératif de poursuivre l'effort de structuration d'une offre spécifique « passerelle » sur les territoires pour les personnes les plus démunies. Cela concerne d'une part les dispositifs de repérage et d'orientation dans le parcours de soins (permanence d'accès aux soins de santé, équipe mobile psychiatrie précarité, service de soins infirmiers à domicile précarité) mais également les dispositifs

d'accompagnement médico-sociaux alternatifs à l'absence ou à la précarité du logement (lits halte soins santé, lits d'accueil médicalisé, appartements de coordination thérapeutique).

Enfin, le PRAPS repose sur une stratégie intersectorielle et transversale visant d'une part, l'harmonisation des politiques publiques aux niveaux régional, départemental et local et d'autre part le développement de stratégies partagées à l'échelle des territoires, gage d'une prise en charge et d'un accompagnement coordonnés par les professionnels des personnes les plus démunies pour une amélioration durable de leur état de santé.

A ce titre, les dispositifs d'appui et d'exercice coordonné pour les professionnels de santé du premier recours et les contrats locaux de santé, entre autres, constituent des leviers forts.

Il sera décliné sur les 5 années à venir, au travers de plans d'actions, garants de la transversalité de ce programme et de la complémentarité avec les autres parcours notamment. Il devra prendre en compte les priorités identifiées par les conseils territoriaux de santé en cohérence avec le diagnostic spécifique élaboré par l'observatoire régional de la santé et du social de Picardie.

Afin de faciliter la lecture, l'approche étant transversale aux secteurs de la santé, des logos ont été mis en place pour permettre au lecteur de savoir dans quels secteurs s'inscrit chaque objectif.

Ainsi les logos sont les suivants :



**Prévention
et promotion
de la santé**



**Santé
environnement**



**Offre
médico-sociale**



**Offre de soins
hospitalière**



**Offre de soins
ambulatoire**



**Veille et sécurité
sanitaire**

UN DIAGNOSTIC SOCIO-SANITAIRE POUR CIBLER LES ACTIONS

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 sociodémographiques et les quelques indications sanitaires majeures (espérance de vie, mortalité par pathologies,...). 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 (comportements favorables à la santé, promotion de la santé des jeunes, parcours addiction, parcours santé mentale, synergie territoriale,...).

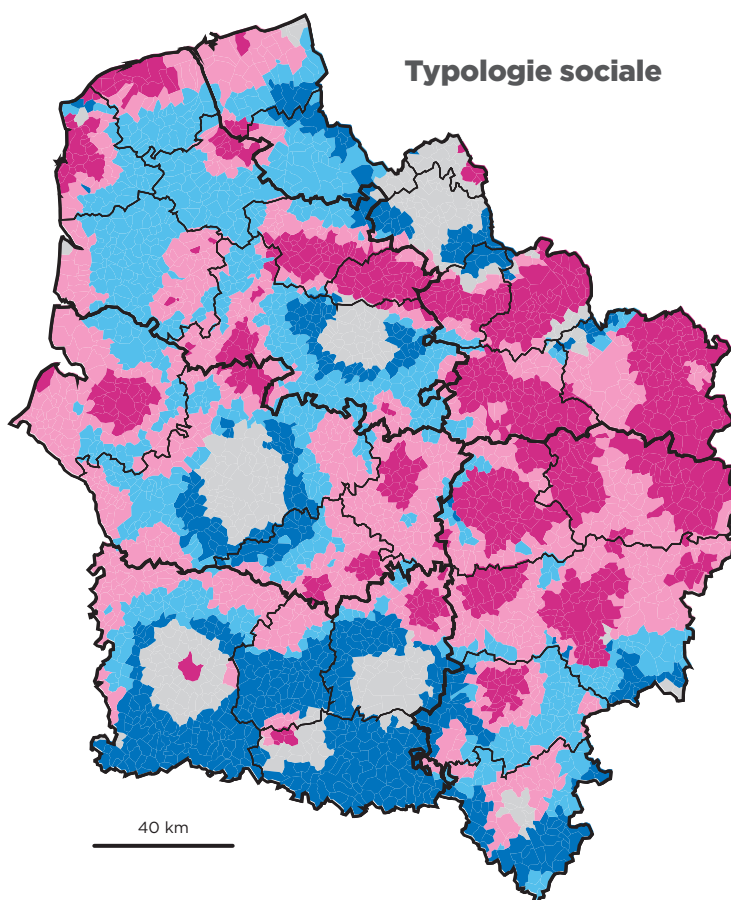
Les cibles seront les territoires à situation sociale défavorable ainsi que les territoires prioritaires de la politique de la ville.

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. On peut citer, par exemple, le croisement entre l'indicateur de défaveur sociale et les taux de recours pour les dépistages organisés des cancers du sein, du côlon-rectum et du col de l'utérus.

PROFIL SOCIAL DE LA RÉGION DES HAUTS-DE-FRANCE ¹

Pour rendre compte de manière synthétique des spécificités territoriales de la région, une typologie en cinq classes a été produite, permettant de graduer le niveau social des communes des Hauts-de-France. Deux classes sont ainsi caractérisées par une situation sociale plus défavorable que dans la région. Une classe regroupe les zones urbaines dont la situation sociale est hétérogène avec notamment de forts contrastes entre les villes et leur périphérie et entre les villes elles-mêmes. Enfin, les deux autres classes comprennent des communes dont la situation sociale est plus favorable qu'en région.

Plus d'un habitant sur deux vit dans une zone où la situation sociale est classée défavorable ou plutôt défavorable.



En regard des Hauts-de-France	Part de la population régionale au RP 2013
Situation sociale la plus favorable	9,9 %
Situation sociale plutôt favorable	8,6 %
Zones urbaines présentant une situation sociale hétérogène	25,8 %
Situation sociale plutôt défavorable	16,8 %
Situation sociale la plus défavorable	38,9 %

Sources : CCMSA, Cnaf, Insee, Ministère de l'Économie et des Finances - DGFIP

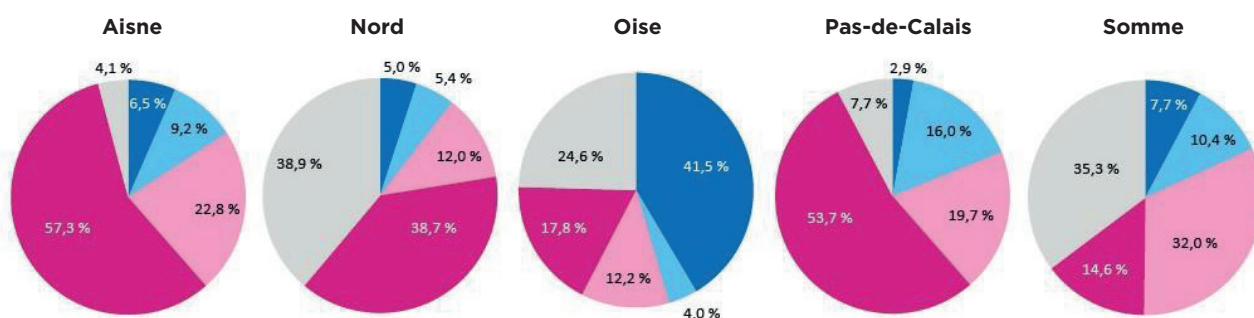
¹ Extrait du diagnostic réalisé par l'Observatoire Régional de la Santé et Social de Picardie - 2017

La classe rassemblant le maximum d'habitants est celle dont la situation sociale est la plus défavorable, ses communes regroupant 38,9 % des habitants de la région. En ajoutant ceux des communes au profil plutôt défavorable, plus de la moitié des personnes domiciliées en Hauts-de-France sont concernés par une situation sociale fragile*, soit 3,3 millions d'habitants. Un habitant sur quatre est rattaché à la classe des zones urbaines dont la situation est hétérogène et un sur dix à la classe dont la situation sociale est la plus favorable. Enfin, 8,6 % des habitants sont rattachés au profil social plutôt favorable.

De fortes disparités sont observées entre les départements dans la répartition des classes comme le suggèrent les graphiques ci-dessous. Le Nord et la Somme présentent une forte proportion d'habitants rattachés à la classe des zones urbaines hétérogènes. L'Aisne et le Pas-de-Calais ont plus de la moitié de leur population qui appartient à la classe dont la situation sociale est défavorable ; alors que l'Oise est le département pour lequel le profil social favorable est le plus représenté.

Au sein des départements, il existe également de fortes hétérogénéités comme l'illustre la carte ci-contre. Dans le Nord, la situation est contrastée entre, d'une part, la Flandre Intérieure et, d'autre part, le Dunkerquois et le Hainaut. Le clivage nord-sud observé dans l'Aisne illustre aussi cette hétérogénéité infra-départementale. Le nord de l'Aisne et le Hainaut forment ainsi une vaste zone au profil social défavorable. Dans le Pas-de-Calais, le bassin minier et les communes de Calais, Boulogne, Saint-Omer, Frévent et leurs alentours se démarquent défavorablement, à l'inverse de la grande périphérie d'Arras en situation favorable et des zones rurales à l'intérieur des terres loin des grandes villes en situation plutôt favorable. Dans l'Oise, l'extrême nord et les communes de Beauvais et Creil et alentours contrastent avec le profil favorable dominant du sud du. Enfin, la Somme présente d'importants contrastes entre les villes et leurs périphéries.

Répartition de la population au RP 2013 des départements, selon le profil social



Sources : CCMSA, Cnaf, Insee, Ministère de l'Économie et des Finances - DGFIP

* Indicateurs considérés dans la typologie sociale par commune

- Taux de fécondité des femmes de 12-20 ans en 2009-2015 (Insee)
- Part de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans au RP 2013 (Insee)
- Part de foyers fiscaux non imposés sur le revenu en 2014 (Ministère de l'Économie et des Finances - DGFIP)
- Taux de chômage au RP 2013 (Insee)
- Part de jeunes de 25-34 ans pas ou peu diplômés au RP 2013 (Insee)
- Part de cadres et professions intellectuelles supérieures occupés au RP 2013 (Insee)
- Taux d'allocataires du RSA au 31 décembre 2015 (CCMSA, Cnaf, Insee)
- Taux d'allocataires de 20-59 ans de l'AAH au 31 décembre 2015 (CCMSA, Cnaf, Insee)

LES PRINCIPALES PROBLÉMATIQUES

L'ensemble des problématiques identifiées ainsi que les objectifs opérationnels ont fait l'objet d'une large concertation avec les partenaires, les professionnels de santé et les usagers. La méthodologie d'élaboration du PRAPS est décrite dans le cadre d'orientation stratégique.

La région Hauts-de-France est particulièrement touchée par la précarité, dont les formes revêtent plusieurs réalités.

Les personnes à la rue, les jeunes et les personnes vieillissantes ou migrantes, la population Roms, les personnes placées sous mains de justice ou sortantes de prison sont ainsi particulièrement à risque de se trouver en situation d'exclusion. Le territoire régional est aussi marqué par une précarité diffuse, que ce soit dans les quartiers des grandes villes ou dans les territoires isolés. La précarité prend donc des formes différentes avec pour corolaire un accès à la prévention et aux soins et plus largement à la santé plus difficile. Par ailleurs, un mauvais état de santé accroît les situations de précarité.

Les campagnes classiques de prévention visant la population générale atteignent plus difficilement les publics en situation de précarité, à fortiori en situation d'exclusion, et peuvent même contribuer à accroître les inégalités sociales de santé. En effet, les personnes en situation de vulnérabilité économique et sociale disposent peu des ressources nécessaires et d'un environnement propice à l'adoption de comportements favorables à leur santé. Par ailleurs, s'il est fait le constat d'un nombre important d'actions de prévention et d'éducation à la santé portées par de nombreux acteurs, l'objectif est maintenant de maintenir cette offre dans une logique de planification renforcée sur les territoires prioritaires, en s'appuyant notamment sur des opérateurs en capacité de coordonner les acteurs de proximité.

Les phénomènes de non recours et de renoncement aux soins augmentent.

Ils ont pour conséquence, pour les personnes précaires cumulant les facteurs de risques, de présenter des pathologies à un stade plus avancé, lorsqu'elles sont diagnostiquées. Malgré les effets attendus et produits en termes d'amélioration d'accès aux dispositifs d'ouverture de droits de base à l'assurance maladie (protection universelle maladie, tiers payant, etc.), il persiste un défaut de visibilité et de lisibilité de ces dispositifs, en particulier sur les modalités d'aide à l'accès aux complémentaires santé.

Ainsi, pour les soins comprenant un reste à charge, notamment les soins dentaires, cette situation accentue encore, les difficultés d'accès aux soins. Par ailleurs, l'absence d'habitude de soins préventifs (et peu coûteux) génère un besoin de soins prothétiques onéreux.

A ces situations, s'ajoute parfois l'expression d'une défiance vis-à-vis du système de santé, voire de la perception même du besoin en soins. Ainsi, dans certaines situations de précarité ou d'exclusion, l'expression de ce besoin de soins n'est plus possible, les personnes n'étant plus en mesure de le percevoir. La relation soigné-soignant peut aussi être 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. Ces freins se situent tout au long du parcours de soins malgré des démarches proactives de repérage et d'accompagnement. Toutes ces difficultés sont majorées en l'absence ou l'insuffisance de maîtrise de la lecture, de l'écriture ou de la langue française. Elles traduisent un besoin d'accompagnement renforcé dans le soin.

L'offre de dispositifs « passerelle » facilitateurs du repérage et de l'orientation dans le parcours de droit commun des populations les plus démunies n'est pas suffisamment déployée sur l'ensemble de la région.

Par ailleurs, les modalités variées de fonctionnement et d'organisation de ces dispositifs ne garantissent pas une équité d'accès sur la région.

Le cloisonnement des acteurs pose des difficultés pour une approche globale de la personne générant de fait des ruptures dans le parcours de santé et de vie. Ce cloisonnement engendre des incompréhensions, des méconnaissances, des contraintes respectives des acteurs de la santé et du social (hébergement, logement accompagné, domicile, etc.). Il se traduit par un défaut d'articulation des interventions autour de situations individuelles, freins à un travail de partenariat réel et de structuration des processus de travail commun : évaluation partagée et continue des besoins de la personne préalable à une bonne orientation, par exemple.



LES OBJECTIFS DU PRAPS

ADAPTER LES STRATÉGIES DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ AUX POPULATIONS LES PLUS DÉMUNIES

Les inégalités sociales et territoriales de santé résultent d'un ensemble de déterminants de santé, environnementaux et sociaux. L'état de santé d'un individu reflète et résulte de l'ensemble de ses expériences de vie passées et des facteurs de risque auxquels il est confronté.

Les stratégies d'actions en matière de prévention, de promotion et d'éducation à la santé doivent être adaptées pour répondre au mieux aux besoins des personnes en situation de précarité. Il s'agit, entre autres, d'améliorer le repérage des situations à risques et de renforcer les actions auprès des jeunes et des femmes en situation de précarité.

En pratique, il s'agit notamment de conforter les démarches d'éducation par les pairs et les démarches de proximité, pour une meilleure appropriation des messages et faciliter ainsi l'accessibilité du système de santé.

Il est par ailleurs nécessaire d'agir, auprès et avec ces personnes, par une approche participative qui tienne compte de leurs savoirs et de leurs compétences.

ACTIONS POUR DES RÉSULTATS À 5 ANS

Mettre en place, en matière de prévention, un maillage territorial cohérent avec la géographie prioritaire, issue du diagnostic.

Développer des stratégies intersectorielles et des approches participatives permettant la prise en compte des savoirs possédés par les personnes en situation de précarité et contribuant à leur implication dans la définition et la mise en oeuvre des projets de prévention et promotion de la santé.

Favoriser l'innovation dans les interventions en prévention et en promotion de la santé et développer des supports de communication innovants adaptés à ces publics cibles.

SECTEURS DE SANTÉ



LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Information/communication, formation, contractualisation, outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention.

ACTEURS CONCERNÉS

Préfecture, assurance maladie, collectivités territoriales, services déconcentrés de l'Etat (cohésion sociale, emploi, éducation nationale...).

Acteurs de la prévention, du médico-social, du social et du soin, les personnes accompagnées elles-mêmes.

POPULATION CONCERNÉE

Personnes précaires, personnes en situation d'exclusion, personnes placées sous-main de justice/sortant de prison.

CALENDRIER ET SUIVI

Les actions se dérouleront selon un calendrier qui s'inscrira dans la période des 5 années du PRAPS.

Les modalités de suivi et d'évaluation s'inscriront dans les principes décrits dans le cadre d'orientation stratégique du PRS.

AMENER LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ À S'ENGAGER DANS UNE DÉMARCHÉ DE SANTÉ

Afin de lever ce qui fait obstacle à la démarche de soins des personnes en situation de renoncement et/ou de non recours et afin d'anticiper les ruptures de parcours, il convient d'intervenir le plus tôt possible en mobilisant les acteurs de l'accompagnement sur les territoires, tout en accordant une attention particulière aux personnes isolées et sans aucune demande en matière de soins et en rupture sociale.

Cela implique le déploiement de dispositifs permettant « d'aller vers » les publics vulnérables. Il s'agit de proposer un accompagnement renforcé dans la proximité de ces publics par des démarches proactives, à l'instar des dispositifs ARMS² ou des actions développées dans le cadre de PLANIR³, ou du parcours santé jeunes, afin de permettre l'ouverture des droits à l'assurance maladie, de favoriser les dépistages et repérages (bilans de santé) et plus largement de faciliter le retour vers le système de santé.

Cela consiste, après avoir repéré les personnes, à créer les conditions d'une inscription durable dans un parcours de santé en donnant à celles-ci les clés de compréhension de leur pathologie, du système de santé. Cela implique par ailleurs de proposer un appui aux professionnels de santé dans leur compréhension et leur appréhension des parcours complexes.

ACTIONS POUR DES RÉSULTATS À 5 ANS

Réaliser une étude régionale sur le non recours et le renoncement aux soins, en lien avec les travaux de l'ODENORE. A partir de ces éléments d'analyse, les pistes de structuration d'un réseau de repérage des situations de non recours et de renoncements seront explorées.

Généraliser à l'échelle de la région les dispositifs d'ouverture des droits à l'assurance maladie, de lutte contre le renoncement et d'accompagnement aux soins, initiés et expérimentés dans le cadre des PLANIR, de manière articulée dans une logique de parcours. Une véritable démarche partenariale sera conduite avec les structures de proximité et les relais incontournables les plus en contact avec les publics cibles (CCAS, PASS, associations, centres sociaux et socio-culturels, structure d'hébergement, médiateurs santé, missions locales...), par le biais de relations privilégiées avec l'Assurance Maladie.

Soutenir les initiatives des professionnels de santé libéraux et/ou des structures d'exercice coordonné répondant à des objectifs d'accueil des personnes en situation de précarité.

Développer l'appui aux professionnels de santé par le déploiement des PTA.

Promouvoir une offre de formation :

- des professionnels de santé afin d'améliorer leurs connaissances sur les problématiques de santé liées à la précarité et de la spécificité de la relation patient/soignant
- des professionnels de l'accompagnement social au repérage des besoins en santé des personnes précaires
- des bénévoles sur leurs représentations de la précarité, leur connaissance du système de soins et des enjeux relatifs au parcours de santé.

Développer la diversité des modes de médiation en santé dans une perspective de couverture régionale. Une réflexion sur l'organisation d'un réseau régional d'interprétariat sera menée.

² Adultes Relais médiateur Santé (Issus des quartiers prioritaires de la politique de la ville, ils ont pour mission de faciliter l'accès aux droits, l'accès à la santé, à la prévention et aux soins des habitants de ces quartiers, financement Préfecture/ARS).

³ Plan local d'accompagnement du non recours, des incompréhensions et des ruptures

SECTEURS DE SANTÉ



LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Information/communication, formation, surveillance et observation de la santé, contractualisation, outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention.

ACTEURS CONCERNÉS

Préfecture et services de l'Etat (DRJSCS, DDCS, DIRECCTE, Education nationale,...), assurance maladie, collectivités territoriales.

Bénévoles, acteurs du champ social sanitaire et médico-social, CCAS, ARMS, professionnels du premier recours, notamment ceux exerçant dans les structures d'exercice coordonné (maisons de santé, pôles de santé, centres de santé), les centres d'examens de santé, les plateformes territoriales d'appui, les permanences d'accès aux soins de santé).

POPULATION CONCERNÉE

Personnes précaires, personnes en situation d'exclusion, personnes placées sous-main de justice/ sortant de prison.

CALENDRIER ET SUIVI

Les actions se dérouleront selon un calendrier qui s'inscrira dans la période des 5 années du PRAPS.

Les modalités de suivi et d'évaluation s'inscriront dans les principes décrits dans le cadre d'orientation stratégique du PRS.

STRUCTURER UNE OFFRE SPÉCIFIQUE «PASSERELLE » VERS LE DROIT COMMUN SUR LES TERRITOIRES POUR LES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES

Si le PRAPS a vocation à garantir un accès égalitaire au droit commun du système de santé (y compris de prévention et de promotion de la santé) pour les personnes précaires, il reste nécessaire d'organiser à l'échelle des territoires des réponses spécifiques aux besoins sanitaires de celles qui en sont le plus éloignées ou exclues (cumul de précarité monétaire, administrative, du logement et des liens sociaux).

Ces réponses sont assurées par des dispositifs :

- de repérage, d'entrée et d'orientation dans le parcours de santé (PASS, EMPP),
- d'accompagnement médico-social et d'alternatives à l'absence ou à l'instabilité de logement (LHSS, LAM et ACT)
- de soins médicaux, infirmiers et/ou de nursing (Centre de santé, SSIAD précarité)
- de coordination des interventions de droit commun

Ces dispositifs doivent se structurer dans la perspective d'un accès ou un retour au droit commun de la santé de ces personnes mais également d'un accès facilité aux réseaux institutionnels ou d'acteurs de l'accueil et de l'accompagnement social et médico-social existants. Une articulation forte est nécessaire avec les dispositifs d'amont et d'aval sociaux, médico-sociaux et sanitaires afin de sécuriser les parcours de vie de ces personnes. Un accès équitable à ces réponses doit être recherché à l'échelle des Hauts-de-France.

ACTIONS POUR DES RÉSULTATS À 5 ANS

Harmoniser le fonctionnement des PASS de la région afin de conforter leurs rôles et missions au sein de l'établissement de santé de rattachement d'une part, et sur le territoire d'autre part.

Organiser l'accès à une offre en EMPP à l'échelle de la région en s'appuyant notamment sur les dispositifs existants. L'harmonisation de leur rôle et de leur fonctionnement sera renforcée par la mise en place d'une coordination régionale. Cette coordination des EMPP sera intégrée dans une instance régionale unique d'organisation régionale des dispositifs santé mentale /précarité.

Donner la priorité, en matière de développement de l'offre en LHSS, LAM et ACT, aux territoires les moins bien pourvus au regard du croisement du taux d'équipement global, des besoins identifiés, des indicateurs de défaveur sociale, et des indicateurs spécifiques à chaque dispositif.

Soutenir les innovations en matière de dispositifs « passerelle » à l'échelle de la région pour ces personnes en situation de grande précarité au regard des besoins des territoires.

SECTEURS DE SANTÉ



LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Equipements, information/
communication, contractualisation.

ACTEURS CONCERNÉS

Préfecture et services de l'Etat
(DRJSCS, DDSCS, ...), assurance
maladie, etc.

Professionnels de santé,
établissements de santé,
établissements de santé mentale,
acteurs sociaux, médico-sociaux,
professionnels du premiers recours,
structures d'exercice coordonné,
centres de santé spécialisés.

POPULATION CONCERNÉE

Personnes précaires,
personnes en situation d'exclusion,
personnes sortant de prison.

CALENDRIER ET SUIVI

Les actions se dérouleront selon
un calendrier qui s'inscrira dans la
période des 5 années du PRAPS.

Les modalités de suivi et d'évaluation
s'inscriront dans les principes
décrits dans le cadre d'orientation
stratégique du PRS.

AMÉLIORER LA COORDINATION DES ACTEURS ET DES INTERVENTIONS DES PROFESSIONNELS

Agir sur l'état de santé d'une personne en situation de précarité ou d'exclusion, de manière durable, nécessite plus encore la mise en œuvre d'une approche globale en santé tenant compte de l'ensemble des déterminants de santé.

Cela implique une articulation et une coordination renforcées des acteurs et des institutions du champ de la santé, de la cohésion sociale et de la protection sociale afin de mener une réelle politique intersectorielle et cohérente à tous les niveaux territoriaux. A titre d'exemple, en proximité, les contrats locaux de santé sont des outils pertinents.

Cette orientation vise à produire un cadre clarifié et un développement cohérent de dispositifs facilitant la coordination territoriale des acteurs, l'interconnaissance, la formalisation et la diffusion de bonnes pratiques, ce qui doit contribuer à un meilleur suivi des personnes dans leur parcours, en particulier dans le cadre des situations complexes. Elle contribue par ailleurs à une meilleure lisibilité des dispositifs et acteurs et à la recherche d'efficacité.

ACTIONS POUR DES RÉSULTATS À 5 ANS

Consolider les modalités de collaboration institutionnelle avec l'ensemble des partenaires concernés à toutes les échelles territoriales.

Réaliser un état des lieux régional des instances territoriales de concertation et de coordination. Il devra permettre d'appréhender la diversité de leurs missions et de leurs fonctionnements ainsi que de leur complémentarité.

Définir et engager, sur la base de cet état des lieux, une stratégie régionale permettant de développer et d'accompagner des instances de coordination et d'échanges en cohérence avec l'objectif général du SRS « promouvoir les synergies territoriales », et ceux relatifs aux parcours : promotion de la santé des jeunes, santé mentale, cancer, addiction, maladies chroniques et dépendance, etc.

Valoriser la fonction d'observation partagée permanente en appui à l'objectif de pertinence de l'action publique.

Mener une étude visant à parfaire la connaissance des parcours de vie des personnes atteintes du syndrome de Korsakoff à l'échelle de la région.

SECTEURS DE SANTÉ



LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Information/Communication, Surveillance et observation de la santé/précarité, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention.

ACTEURS CONCERNÉS

Assurance Maladie, Services de l'Etat, Collectivités territoriales, Commission de coordination des politiques publiques.

Acteurs du champ social, sanitaire et médico-social, professionnels du 1^{er} recours, dispositifs territorialisés d'appui, dispositifs de territorialisation, Observatoire régional.

POPULATION CONCERNÉE

Personnes précaires, personnes en situation d'exclusion.

CALENDRIER ET SUIVI

Les actions se dérouleront selon un calendrier qui s'inscrira dans la période des 5 années du PRAPS.

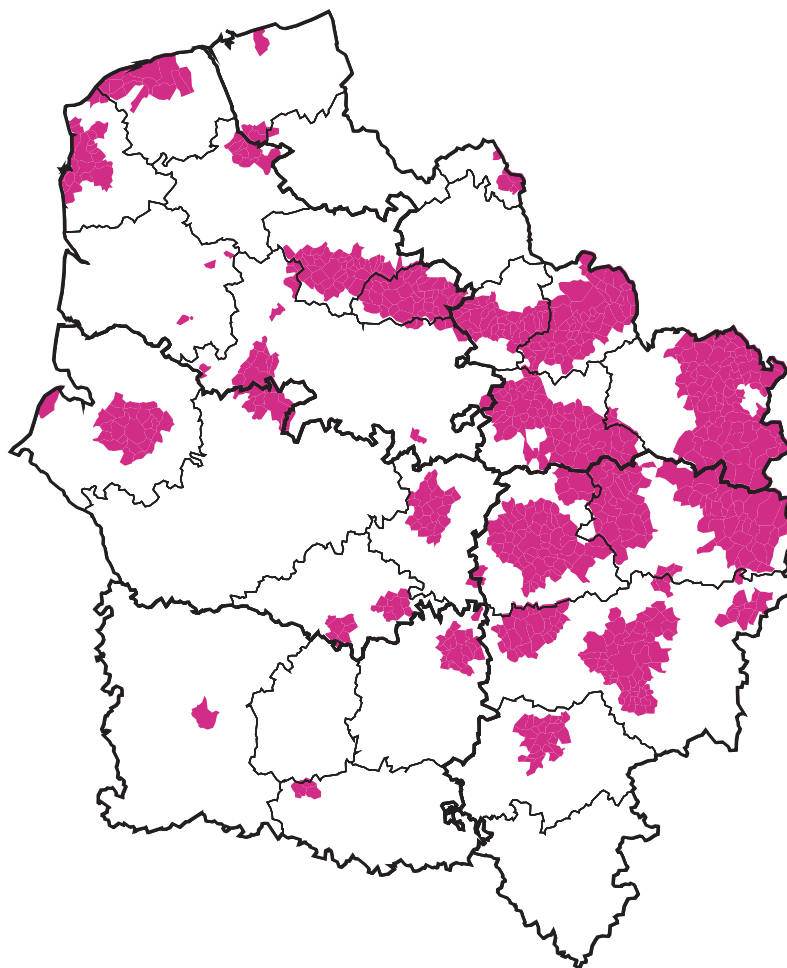
Les modalités de suivi et d'évaluation s'inscriront dans les principes décrits dans le cadre d'orientation stratégique du PRS.



L'ANNEXE DÉTAILLÉE
DES PROFILS SOCIAUX
DE LA RÉGION

PROFIL 1 : SITUATION SOCIALE LA PLUS DÉFAVORABLE

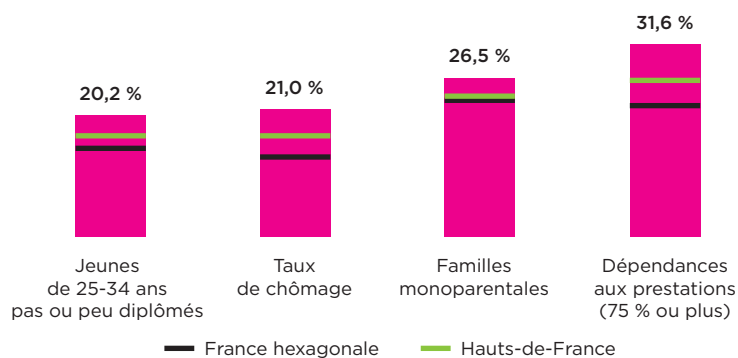
Près de 40 % des habitants des Hauts-de-France résident dans une commune ayant un profil social défavorable. Les communes constituant cette classe sont relativement urbanisées, avec une densité moyenne de 351 habitants au km². Les moins de 25 ans sont davantage représentés (33,3 %) que dans les autres profils, à l'exception de celui des zones urbaines hétérogènes (34,3 %). La part de personnes âgées a également tendance à y être plus élevée, aussi l'indice de vieillissement* est à un niveau intermédiaire (54,4) au regard de celui de la région, mais est bien en deçà du niveau national (73,6). L'indice de grand vieillissement (47,4) est en revanche proche du national (47,6), et maximal pour cette classe. La fécondité est la plus élevée des cinq classes, avec un ICF de 2,24 enfants par femme (1,98 dans l'Hexagone).



Une fragilité sociale certaine

Les indicateurs sociaux relevés dans cette classe sont pour une très grande majorité les plus défavorables de la région et, de fait, nettement moins bons qu'en France (cf. illustration ci-contre). À titre d'exemple, les taux de fécondité des femmes de 12-20 ans et d'allocataires du RSA sont plus de deux fois plus élevés qu'en France, ce rapport dépassant même les trois en regard de la classe présentant les caractéristiques sociales les plus favorables de la région. La structure socioprofessionnelle de cette classe est marquée par une forte présence des ouvriers.

Quelques indicateurs sociaux* pour la classe dont la situation sociale est la plus défavorable



* au RP 2013 sauf la dépendance aux prestations au 31/12/2015

Sources : CCMSA, Cnaf, Insee

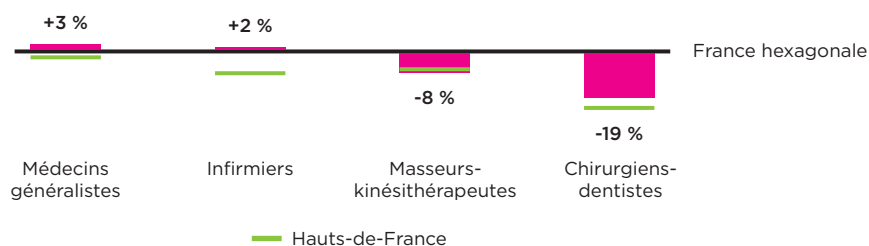
Une faible espérance de vie et une mortalité par pathologies en lien avec la consommation d'alcool très forte

Cette classe est également celle qui affiche la plus faible espérance de vie et la mortalité maximale. Ainsi, en 2006-2013, un peu plus de 4 ans d'espérance de vie à la naissance séparent cette classe du niveau national pour les hommes et près de 3 ans pour les femmes. Le gain d'espérance de vie depuis 1979-1986 est le plus faible : +6,7 ans pour les hommes et +5,5 ans pour les femmes (contre respectivement 7,3 ans et 5,8 ans en France et 7,1 ans et 5,9 ans en région). Le différentiel de mortalité avec l'Hexagone, maximum des classes (+ 30 % versus 21 % en région), est accentué chez les moins de 65 ans (+52 % et 31 % en région). En outre, cette classe présente les plus forts taux de mortalité pour les principales causes de décès (sauf pour les causes externes, mais très proche du taux le plus élevé). Il est à noter un différentiel fortement élevé pour les pathologies en lien avec la consommation d'alcool (+101 % versus +68 % en région). Les taux d'admission en ALD pour diabète de type 2 (+37 %) et pour pathologies en lien avec la consommation d'alcool (+55 %) sont également les maxima des classes.

Des densités médicales à un niveau proche du national sauf pour les chirurgiens-dentistes libéraux

Cette classe affiche les 1^{re} (pour les infirmiers libéraux) ou les 2^e (pour les trois autres professionnels présentés) densités médicales les plus élevées des classes, cette classe étant, comme mentionné ci-dessus, particulièrement urbanisée. Les densités sont plus proches du niveau national que celles des autres profils mais pour les chirurgiens-dentistes, le déficit est certain dans l'ensemble des Hauts-de-France, aucune des classes n'atteint la valeur nationale. Si la densité en médecins généralistes libéraux est supérieure au niveau national pour ce profil et pour les zones urbaines hétérogènes (+ 16 %), la situation n'en demeure pas moins préoccupante puisque la part de ces médecins âgés de 55 ans ou plus est élevée : 54,4 % (pour 46,4 % pour le profil urbain et 53,2 % en France).

Professionnels de santé libéraux* pour la classe dont la situation sociale est la plus défavorable



* écart en % avec le niveau national calculé à partir des densités au 1^{er} janvier 2016

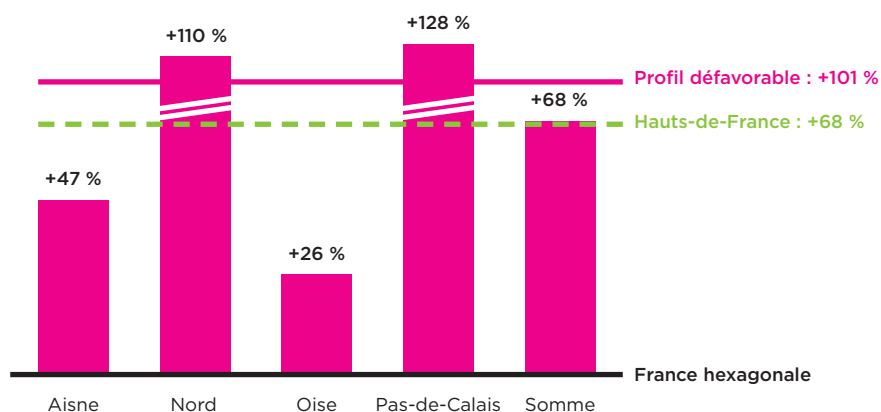
Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS 2015, Adeli, Insee

Des fragilités accentuées dans certains départements

Si l'Oise présente, toutes classes confondues, des indicateurs sociaux plus satisfaisants que les autres départements, au sein du profil défavorable, l'Oise se distingue au contraire par une fragilité sociale plus prononcée, s'agissant pour ce profil des zones isariennes fortement urbanisées (791 habitants au km²) avec par exemple une part de familles monoparentales élevée, des revenus moindres et une part de 25-34 ans pas ou peu diplômés élevée. Le taux de chômage est par contre maximal dans le Nord (21,8 %) ; chez les 15-24 ans, le Pas-de-Calais devance de 0,2 point le Nord (43,8 %).

Pour les professionnels de santé libéraux, il est à souligner de forts déficits en infirmiers (-44 %) et en masseurs-kinésithérapeutes (-50 %) dans l'Oise pour cette classe, déficit important retrouvé pour les cinq classes chez les infirmiers. En termes d'espérance de vie à la naissance chez les femmes, le différentiel avec la France varie selon le département de -2,3 ans (dans l'Oise) à -2,9 ans (dans le Nord). Les inégalités entre les départements sont plus fortes chez les hommes avec un différentiel minimal dans l'Oise (-2,5 ans) et un maximum de 4,9 ans pour le Pas-de-Calais. Concernant la mortalité, l'Oise affiche les mortalités les plus faibles, sauf pour les pathologies liées à la consommation de tabac (+29 %), l'Aisne étant le seul département plus en retrait (+14 %). C'est plutôt le Pas-de-Calais qui se démarque par de fortes mortalités, détenant les plus élevées pour les cancers (+32 %), s'agissant du Nord pour les maladies de l'appareil circulatoire et de la Somme pour les causes externes de traumatisme et empoisonnement. De même, il affiche les maxima pour les pathologies liées à la consommation de tabac (+33 %) et d'alcool (+128 %).

Mortalité par pathologies liées à la consommation d'alcool* pour la classe dont la situation sociale est la plus défavorable

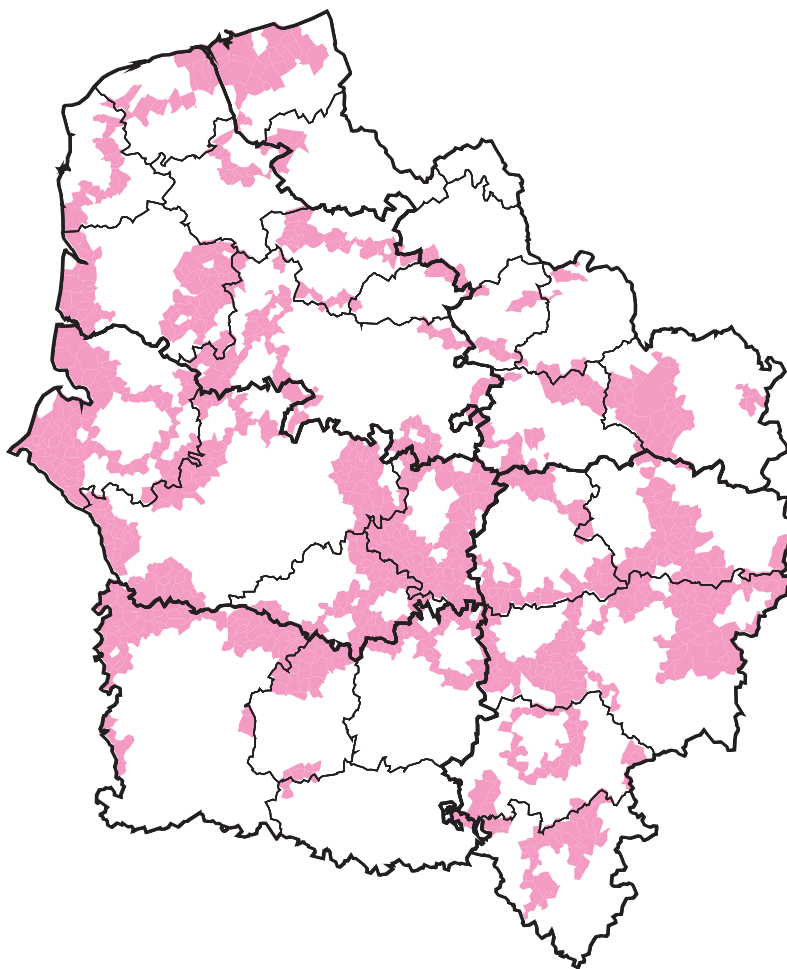


* écart en % avec le niveau national calculé à partir des taux standardisés sur 2006-2013

Sources : CépiDc Inserm, Insee

PROFIL 2 : SITUATION SOCIALE PLUTÔT DÉFAVORABLE

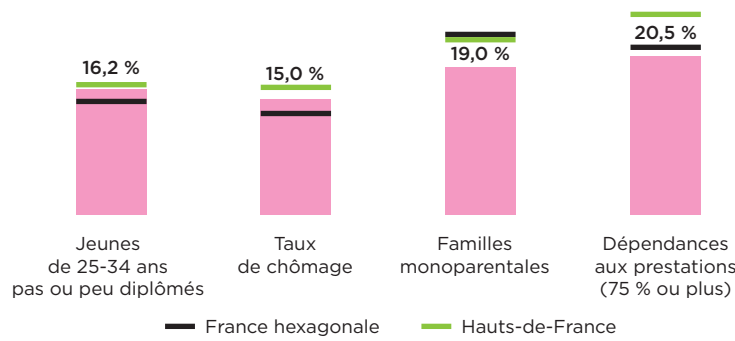
Un sixième des habitants des Hauts-de-France réside dans une commune rattachée au profil plutôt défavorable de la typologie sociale. Ces communes sont moins densément peuplées (103 habitants au km² pour l'ensemble de la classe) et la population qui y réside est un peu moins jeune : plus fort indice de vieillissement (66,0) des cinq classes, même s'il demeure plus faible que celui de la France (73,6). Le rapport de dépendance (73,3 %) se situe quant à lui au niveau de la moyenne nationale. L'ICF (2,08 enfants par femme) est équivalent au niveau régional.



Davantage de fragilités professionnelles qu'au niveau national

De manière générale, cette classe présente des indicateurs sociaux (chômage, jeunes de 25-34 ans pas ou peu diplômés, foyers fiscaux non imposés, fécondité des 12-20 ans, AAH, RSA majoré...) qui sont les plus défavorables de la région après ceux relevés dans la classe explicitée à la page précédente et parfois dans le profil urbain, et moins bons qu'en France. Quelques spécificités sont toutefois à mentionner. Outre ce qui est explicité sur l'illustration ci-contre, les taux relatifs aux allocations logement et à l'ASF sont plus faibles qu'en France. Par ailleurs, parmi les actifs ayant un emploi, cette classe se distingue avec la plus forte part d'ouvriers.

Quelques indicateurs sociaux* pour la classe dont la situation sociale est plutôt défavorable



* au RP 2013 sauf la dépendance aux prestations au 31/12/2015

Sources : CCMSA, Cnaf, Insee

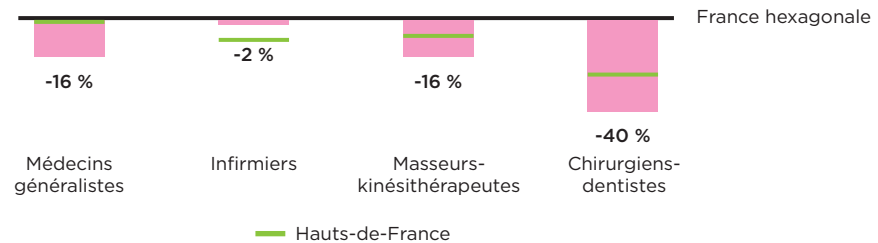
Une surmortalité par rapport à la France proche de la moyenne régionale

En termes d'espérance de vie à la naissance, les différentiels avec la France (-2,9 ans pour les hommes et -2,0 ans pour les femmes) sont au niveau de ceux relevés en région et les 2es plus importants des cinq classes (après ceux de la classe la plus défavorable). Un constat analogue est relevé pour le taux de mortalité générale : au regard de la France, une surmortalité de +23 % est relevée pour cette classe et elle est de +21 % pour la région. Ceci s'observe pour les principales pathologies à l'exception des causes externes où la surmortalité est plus prononcée dans la classe (+26 %) qu'en région (+18 %). Concernant les admissions en affection de longue durée pour cancers, diabète de type 2, pathologies liées à la consommation d'alcool et de tabac, les taux sont également plus élevés qu'au niveau national, se situant proches du niveau régional.

Des déficits en termes de professionnels de santé libéraux

Les densités en professionnels de santé libéraux sont plus faibles que celles de la région pour les chirurgiens-dentistes, les médecins généralistes et les masseurs-kinésithérapeutes (cf. illustration ci-dessous). Pour les infirmiers, la densité est proche du niveau national. En plus de présenter un déficit en termes de nombre de médecins généralistes, la part de ces derniers âgés de 55 ans ou plus est la plus élevée des cinq classes : 55,2 % (contre 53,2 % dans l'Hexagone).

Professionnels de santé libéraux* pour la classe dont la situation sociale est plutôt défavorable



* écart en % avec le niveau national calculé à partir des densités au 1^{er} janvier 2016

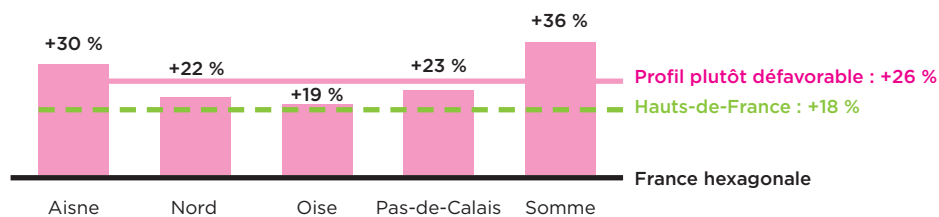
Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS 2015, Adeli, Insee

Des surmortalités accentuées dans certains départements

Dans cette classe, le Nord affiche davantage de familles monoparentales, d'allocataires dépendants et d'allocataires du RSA que les autres départements. Mais il compte également davantage de diplômés Bac +2 ou plus. La Somme détient la plus forte proportion d'ouvriers des départements et le plus fort indice de vieillissement. Les départements de l'ex-Nord - Pas-de-Calais disposent d'une offre en professionnels de santé plus étoffée que ceux de l'ex-Picardie et notons particulièrement un différentiel avec la France élevé pour les masseurs-kinésithérapeutes (+24 %) et les infirmiers (+15 %) dans le Pas-de-Calais. Concernant la mortalité, il y a peu de variations entre les départements concernant les cancers et les maladies de l'appareil circulatoire. Par contre, l'Aisne et la Somme affichent d'importantes surmortalités par causes externes (respectivement +30 % et +36 %). Pour les pathologies liées à la consommation de tabac, c'est l'Oise et l'Aisne qui se distinguent défavorablement (+32 % et +29 %) ; alors qu'ils détiennent les plus faibles surmortalités par pathologies liées à la consommation d'alcool (+20 % et +24 %), le Nord affiche le maxima pour ces pathologies (+93 %).

Pour les admissions en affection de longue durée pour pathologies liées à la consommation d'alcool et de tabac, des variations interdépartementales sont à souligner : pour l'alcool, le Nord et le Pas-de-Calais affichent un important surplus d'admissions (de l'ordre de plus de 50 % contre de +5 à +19 % dans les départements de l'ex-Picardie). Pour le tabac, c'est l'Oise et le Pas-de-Calais qui sont dans ce cas (+18 % et +17 % contre moins de +4 % dans les autres départements).

Mortalité par causes externes* pour la classe dont la situation sociale est plutôt défavorable

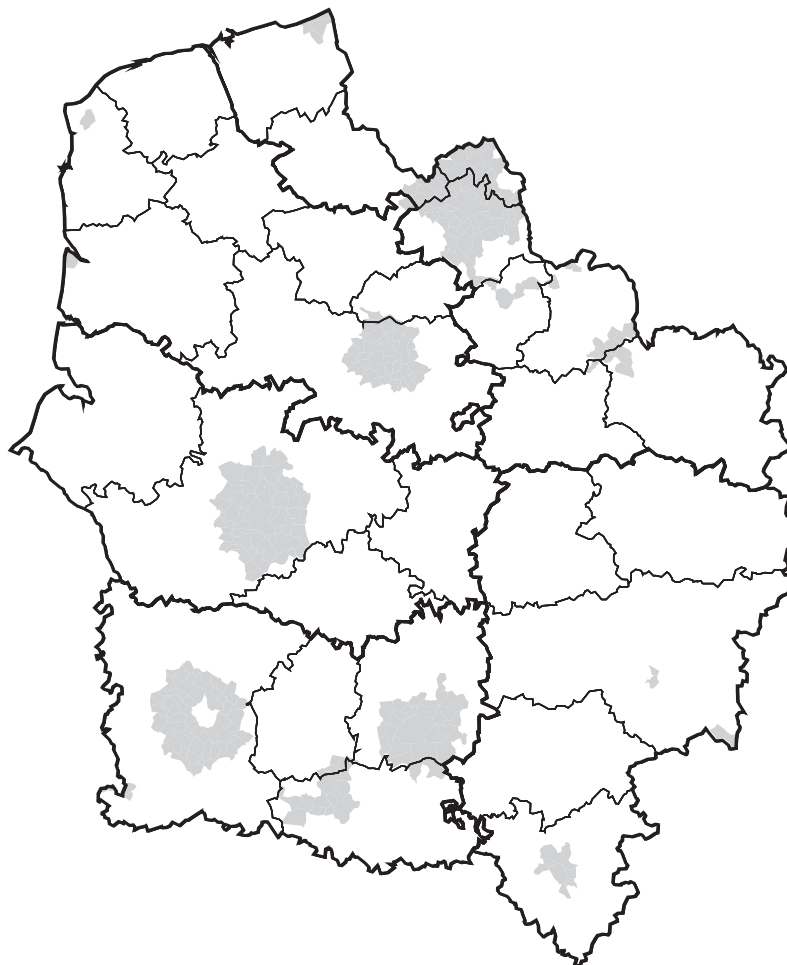


* écart en % avec le niveau national calculé à partir des taux standardisés sur 2006-2013

Sources : CépiDc Inserm, Insee

PROFIL 3 : DES ZONES URBAINES HÉTÉROGÈNES

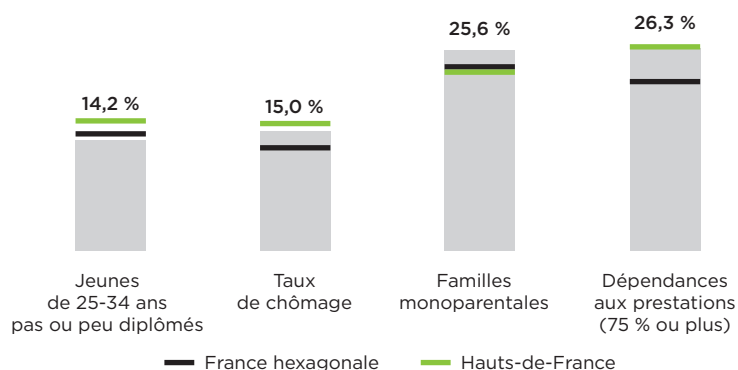
Rassemblant 1,5 million d'habitants, cette classe, comme son nom l'indique, comporte des communes présentant des situations sociales diverses. Une caractéristique de cette classe est sa forte concentration dans le département du Nord (65,3 % des habitants de cette classe y résident) et une quasi absence de représentation des Axonais (1,4 %). La population est jeune, affichant la plus forte part de moins de 25 ans dans sa population (34,3 %) et le 2^e plus faible indice de vieillissement (55,1). Le rapport de dépendance (67,7) est également le plus faible, l'importance des jeunes adultes y contribuant. L'ICF est le plus faible également : 1,91 enfant par femme en deçà du niveau national (1,98).



De nombreux cadres et diplômés mais beaucoup d'allocataires

La structure socioprofessionnelle des communes de ces zones est assez favorisée : un actif occupé sur deux est cadre. Le revenu est au niveau du national, au-delà de la moyenne régionale. Le niveau de chômage est intermédiaire. Cette classe révèle toutefois quelques fragilités sociales. Une famille sur quatre est monoparentale, soit un niveau proche du profil défavorable. Les taux d'allocataires d'une aide au logement, du RSA et de l'ASF et la part d'allocataires dépendant des prestations sont également les 2^{es} les plus élevés, après le profil défavorable.

Quelques indicateurs sociaux* pour les zones urbaines hétérogènes



* au RP 2013 sauf la dépendance aux prestations au 31/12/2015

Sources : CCMSA, Cnaf, Insee

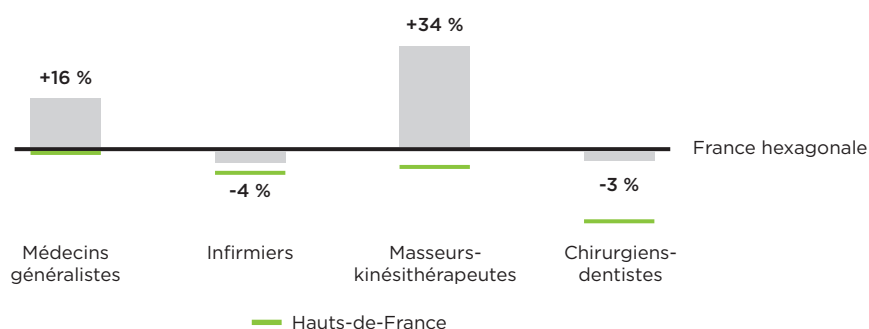
Une espérance de vie élevée pour la région

L'espérance de vie est inférieure au niveau national (-1,5 an pour les hommes et -1,0 an pour les femmes) mais la plus importante des cinq classes pour les femmes et la 2e pour les hommes. Le gain d'espérance de vie depuis 1979-1986 est le plus élevé parmi les classes (+7,7 ans pour les hommes et +6,4 ans pour les femmes). La mortalité, supérieure à celle du niveau national, est toutefois la plus faible des cinq classes toutes pathologies confondues (+9 %), pour les maladies de l'appareil circulatoire (+5 %) et pour les causes externes (+6 %), de même que pour les pathologies liées à la consommation de tabac (+10 %). Par contre, c'est la classe dont la situation est favorable qui affiche la plus faible mortalité en s'intéressant aux moins de 65 ans uniquement (+17 % pour les zones urbaines hétérogènes) et aux pathologies liées à la consommation d'alcool (+46 %). Les nouvelles admissions en affection de longue durée pour cancers, diabète de type 2 et pathologies liées à la consommation d'alcool et de tabac sont plus élevées qu'en France.

Des densités en professionnels de santé libéraux proches ou supérieures au niveau national

À l'exception des infirmiers, le profil urbain présente les plus fortes densités de professionnels de santé. Concernant les chirurgiens-dentistes, c'est la seule classe dont la densité se rapproche autant de celle de la France, le déficit étant particulièrement prononcé dans les autres classes. Les communes de cette classe attirent davantage les plus jeunes praticiens, avec 46,4 % de médecins généralistes libéraux de 55 ans ou plus (minimum des cinq classes) contre 53,2 % au niveau national.

Professionnels de santé libéraux* pour les zones urbaines hétérogènes



* écart en % avec le niveau national calculé à partir des densités au 1^{er} janvier 2016

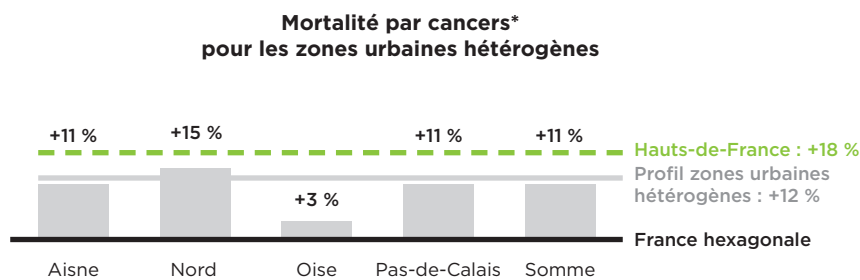
Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS 2015, Adeli, Insee

Fragilités sociales dans la Somme et surmortalité plus prononcée dans l'ex-Nord - Pas-de-Calais

Dans cette classe, la Somme présente quelques fragilités avec notamment une forte proportion de familles monoparentales, un taux de chômage élevé, davantage de peu diplômés et d'allocataires et notamment d'allocataires dépendants des prestations. L'ICF y est également particulièrement bas (1,75 enfant par femme).

L'offre en professionnels de santé libéraux varie selon les départements et le type de professionnels. La Somme affiche ainsi le plus fort déficit en chirurgiens-dentistes des départements (-32 %) alors qu'elle est la mieux équipée en médecins généralistes (+39 %). Le déficit en infirmiers pour cette classe est essentiellement dû à celui de l'Oise (-40 %) et de la Somme (-27 %). Pour les masseurs-kinésithérapeutes, l'ex-Nord-Pas-de-Calais affiche de fortes densités (+55 % et + 30 %).

Au sein de cette classe, les départements du Nord et du Pas-de-Calais affichent pour les trois principales causes de mortalité (à l'exception du Pas-de-Calais pour les cancers) et les pathologies liées à la consommation d'alcool et de tabac, une surmortalité plus forte que la moyenne de la classe. L'Oise qui détient une espérance de vie proche du niveau national (-0,3 an pour les hommes et -0,2 an pour les femmes), présente ainsi une surmortalité par rapport à la France moindre que les autres départements. Pour quelques pathologies, il se situe même au niveau du taux national, par exemple pour les pathologies liées à la consommation d'alcool, les maladies de l'appareil circulatoire, les cancers et les causes externes. Pour quelques-unes d'entre elles, la Somme est également dans ce cas : les pathologies liées à la consommation de tabac, les maladies de l'appareil circulatoire et les causes externes.

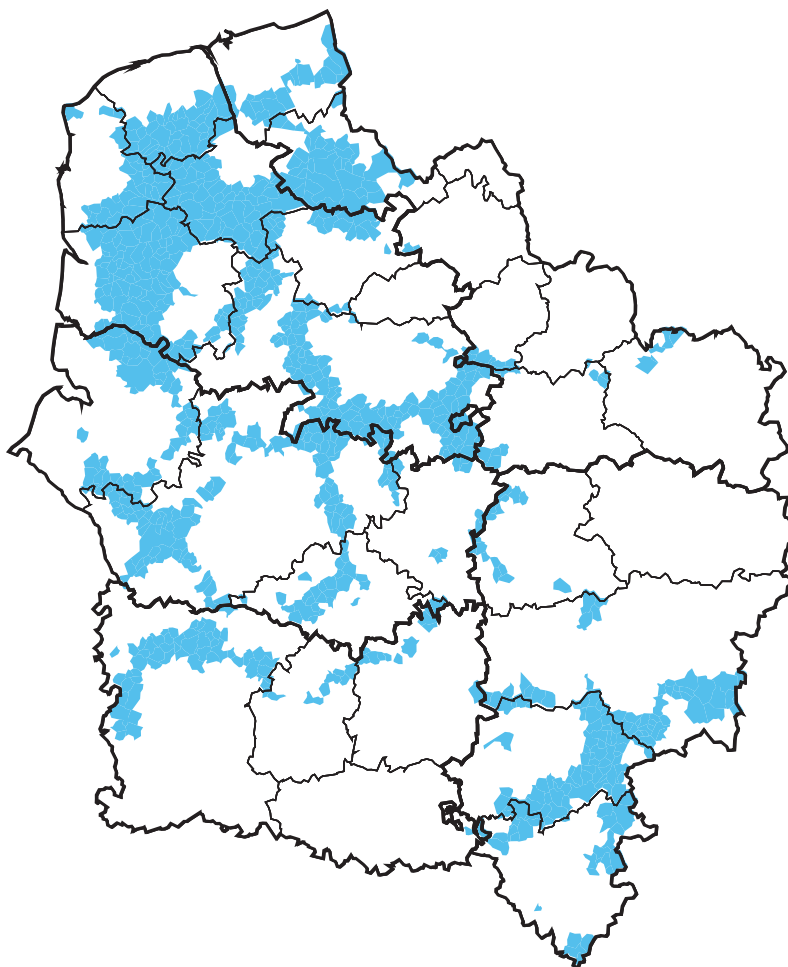


* écart en % avec le niveau national calculé à partir des taux standardisés sur 2006-2013

Sources : CépiDc Inserm, Insee

PROFIL 4 : SITUATION SOCIALE PLUTÔT FAVORABLE

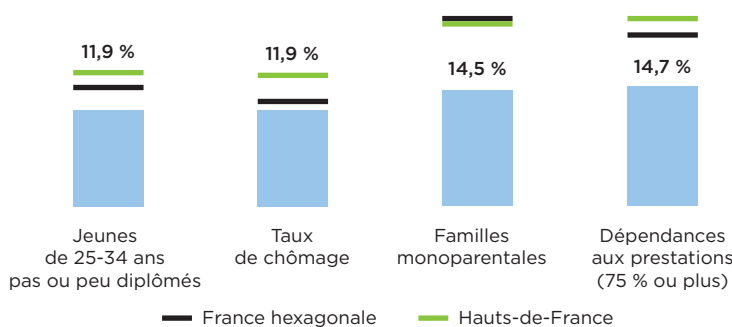
Près d'un habitant sur onze (8,6 %) est rattaché à un profil social plutôt favorable. Le Pas-de-Calais est le département le plus représenté (45,4 % des habitants de cette classe y résident). Les communes de cette classe sont faiblement peuplées avec une densité moyenne de 71,9 hab/km². Comme l'illustre la cartographie ci-contre, il s'agit effectivement de zones à distance des principales villes de la région. La fécondité est la 2^e la plus élevée des classes : 2,14 enfants par femme.



Certains indicateurs socio-économiques plus favorables qu'en France

Les indicateurs de cette classe sont un peu plus favorables qu'en moyenne dans la région, se situant pour nombre d'entre eux au 2nd rang derrière le profil favorable. Pour certains, ils sont au même niveau qu'en France, comme pour la fécondité des 12-20 ans ou le taux de chômage des 15 ans ou plus. La structure socio-professionnelle de cette classe se rapproche toutefois davantage des deux profils défavorables avec une part d'ouvriers élevée. Les revenus sont au niveau de la moyenne régionale, n'atteignant pas la valeur nationale. La dépendance aux prestations sociales, 2^e la plus faible des classes, est deux fois moins forte que pour le profil défavorable. Les taux d'allocataires d'une aide au logement, du RSA, de l'ASF et de l'AAH sont également les 2^{es} les plus faibles, en deçà du niveau national. Pour le RSA majoré et l'AEEH, les taux sont plus proches de la moyenne régionale.

Quelques indicateurs sociaux* pour la classe dont la situation sociale est plutôt favorable



* au RP 2013 sauf la dépendance aux prestations au 31/12/2015

Sources : CCMSA, Cnaf, Insee

Une mortalité légèrement en deçà de la moyenne régionale

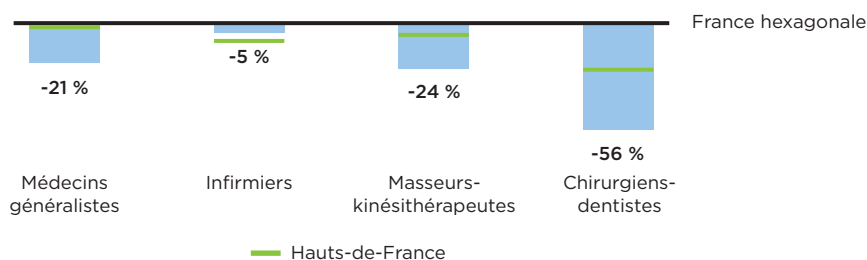
L'espérance de vie est un peu plus favorable qu'en moyenne dans la région, mais elle n'atteint pas celle du profil favorable ni celle des zones urbaines hétérogènes. C'est pour cette classe que le différentiel avec la France est le plus proche pour chacun des deux genres (-1,8 an pour les hommes, -1,6 an pour les femmes). La mortalité est supérieure au niveau national (+19 %) et un peu en dessous de celle observée dans l'ensemble de la région (+21 % par rapport à la France). Elle dépasse toutefois le niveau régional pour deux des trois principales causes de décès, les causes externes de traumatismes et empoisonnements (+24 % dans la classe contre +18 % dans la région) et les maladies de l'appareil circulatoire (+27 % dans la classe contre +21 % dans la région). Pour les pathologies liées à la consommation de tabac et d'alcool, cette classe présente la 3^e mortalité la plus faible derrière les profils favorable et urbain, avec des surmortalités respectives de +17 % et +51 %.

Concernant les admissions en affection de longue durée pour cancers, diabète de type 2, pathologies liées à la consommation d'alcool et de tabac, elles sont également plus nombreuses qu'au niveau national, mais ce profil présente, avec le profil favorable, les surplus d'admissions les plus faibles.

Des densités en professionnels de santé faibles

Tout comme la classe dont la situation sociale est favorable, cette classe affiche des densités en professionnels de santé insuffisantes, avec les plus gros déficits des cinq classes pour les médecins généralistes (-21 %), les masseurs-kinésithérapeutes (-24 %) et surtout les chirurgiens-dentistes (-56 %). La part de médecins généralistes libéraux âgés de 55 ans ou plus (50,5 %) n'est toutefois pas parmi les plus élevées, elle est intermédiaire, un peu en dessous du niveau national (53,2 %).

Professionnels de santé libéraux* pour la classe dont la situation sociale est plutôt favorable



* écart en % avec le niveau national calculé à partir des densités au 1^{er} janvier 2016

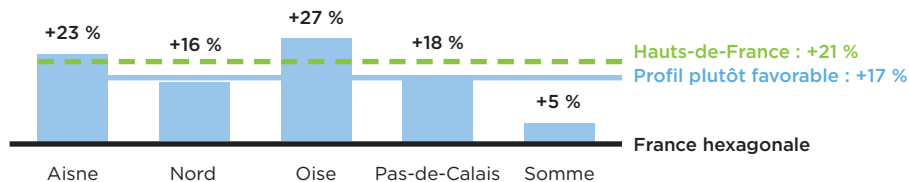
Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS 2015, Adeli, Insee

Quelques fragilités différentes selon le département

Concernant les aspects socio-économiques, les taux de chômage varient peu selon les départements dans cette classe. L'ex-Picardie compte toutefois moins de diplômés Bac+2 ou plus mais les indicateurs en termes d'allocataires sont moins favorables dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais, avec davantage d'allocataires que dans l'ex-Picardie.

En termes de mortalité, quelques disparités entre les départements existent mais qui dépendent des pathologies en question. La mortalité de l'Oise n'est ainsi pas significativement différente de celle de la France concernant les pathologies liées à la consommation d'alcool et les cancers mais elle est la plus élevée des départements pour les pathologies liées à la consommation de tabac (cf. graphique ci-contre). Concernant les causes externes de traumatismes et empoisonnements, la Somme se distingue par la plus forte surmortalité des départements mais cela est le cas pour quatre des classes sur les cinq (le profil urbain faisant l'exception). Le Nord affiche la plus forte surmortalité par pathologies liées à la consommation d'alcool (+74 %).

Mortalité par pathologies liées à la consommation de tabac* pour la classe dont la situation sociale est plutôt favorable

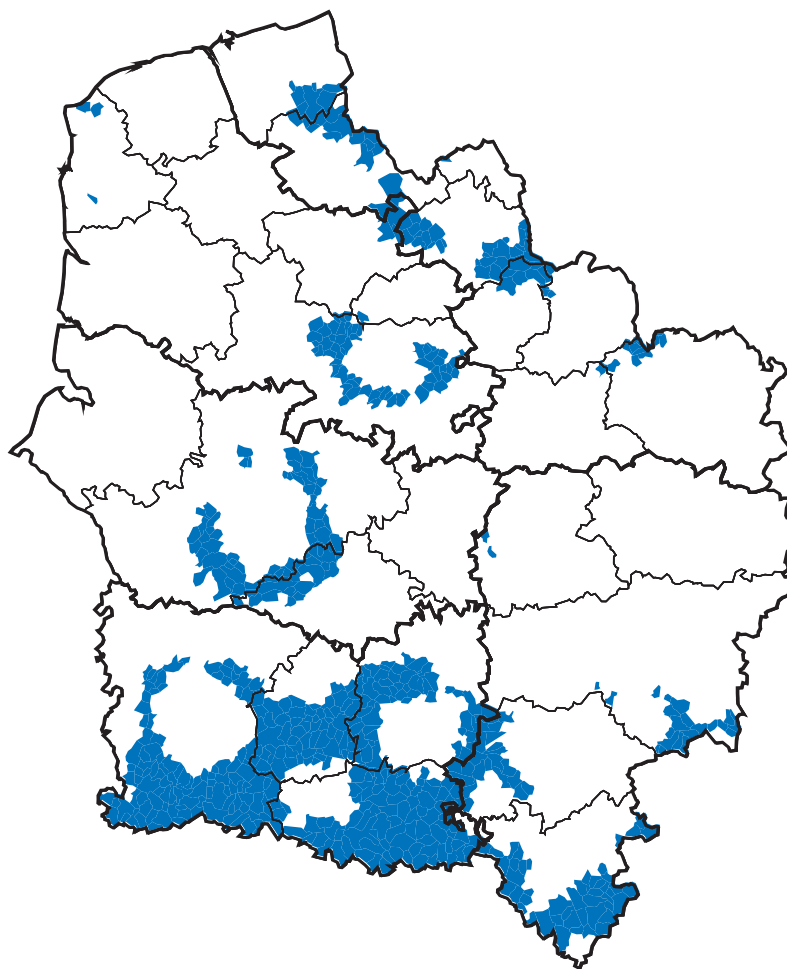


* écart en % avec le niveau national calculé à partir des taux standardisés sur 2006-2013

Sources : CépiDc Inserm, Insee

PROFIL 5 : SITUATION SOCIALE LA PLUS FAVORABLE

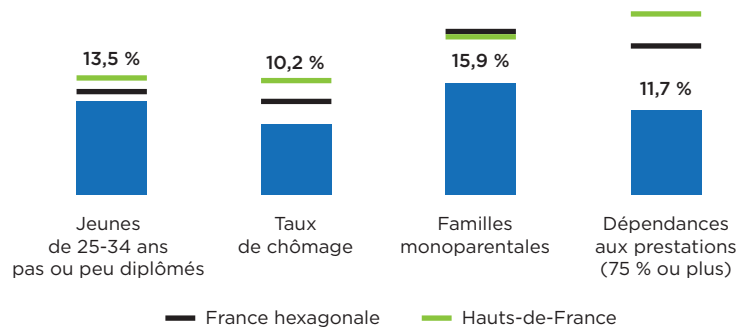
La classe réunissant les communes dont la situation sociale est la plus favorable ne rassemble qu'un habitant des Hauts-de-France sur dix (591 000 habitants) et la majorité d'entre eux (57,2 %) sont Isariens. La population de cette classe est plus jeune que dans l'ensemble des Hauts-de-France au regard des indices de vieillissement* et de grand vieillissement, les plus faibles des cinq classes. La fécondité est la 2^e la plus faible (2,03 enfants par femme) après la classe des zones urbaines hétérogènes, avec un niveau toutefois au-delà du niveau national (1,98).



Une fragilité économique et sociale moindre qu'en région et en France

La situation sociale favorable de cette classe s'illustre par de nombreux indicateurs plus favorables qu'en région et en France, par exemple les taux de chômage, part d'emplois précaires et taux de fécondité des 12-20 ans qui sont les plus faibles et en deçà du niveau national. Ce profil comporte par ailleurs une forte part de cadres, la 2^e la plus forte après le profil urbain, seul profil au-dessus du niveau national. Pour les revenus, c'est toutefois le profil favorable qui affiche les plus élevés, dépassant de plus de 2 200 euros le niveau de la France et du profil urbain. Cette classe affiche donc de faibles taux d'allocataires, les plus faibles et en deçà du niveau national pour les allocations liées au handicap, au logement, l'ASF et le RSA.

Quelques indicateurs sociaux* pour la classe dont la situation sociale est la plus favorable



* au RP 2013 sauf la dépendance aux prestations au 31/12/2015

Sources : CCMSA, Cnaf, Insee

Une mortalité chez les moins de 65 ans au niveau de la moyenne nationale

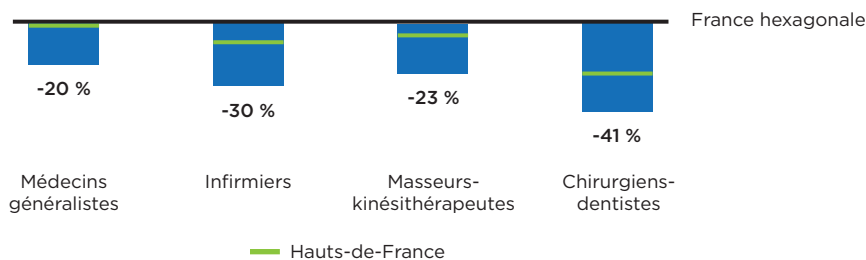
Même si l'espérance de vie à la naissance est la plus élevée des cinq classes chez les hommes et au 2nd rang chez les femmes, elle reste en deçà de l'espérance de vie de l'Hexagone, avec la particularité pour cette classe d'un différentiel avec le niveau national plus élevé chez les femmes (-1,4 an) que chez les hommes (-0,8 an). Alors que le gain d'espérance de vie depuis 1979-1986 est plus élevé pour les hommes pour ce profil qu'en région (7,4 ans contre 7,1), ce n'est pas le cas chez les femmes (5,6 ans contre 5,9).

La mortalité est un peu en deçà de celle de l'ensemble de la région mais reste supérieure au niveau national (+16 %). La mortalité la plus faible est détenue par la classe des zones urbaines hétérogènes (+9 %). Pour les principales pathologies et les pathologies liées à la consommation de tabac et d'alcool, le constat est le même : une mortalité supérieure au niveau national, mais un différentiel plus réduit que celui des autres classes, affichant tantôt la première place, tantôt la deuxième du classement des plus faibles mortalités (après le profil urbain). Pour la mortalité avant 65 ans (toutes pathologies et par cancers), la mortalité est au niveau de la moyenne nationale, cette classe étant la seule dans ce cas. Les taux de nouvelles admissions en ALD pour cancers et diabète de type 2 sont les plus faibles des cinq classes toutefois supérieurs au niveau national. Pour les cancers chez les moins de 65 ans et les pathologies liées à la consommation d'alcool, ils ne sont pas différents du niveau national.

Des densités en professionnels de santé libéraux faibles

En termes de professionnels de santé libéraux, cette classe est moins bien pourvue que la région : les différentiels avec la France sont accentués pour cette classe avec des densités au 1^{er} rang pour les infirmiers ou au 2nd rang pour les médecins généralistes, chirurgiens- dentistes et masseurs-kinésithérapeutes (après le profil plutôt favorable) des plus faibles densités. Le déficit est particulièrement marquant pour les infirmiers (-30 %) puisque cette classe est la seule à afficher un déficit de cet ordre, celui des autres classes ne dépassant pas -5 %. La part de médecins généralistes libéraux âgés de 55 ans ou plus est toutefois la 2^e la plus faible des cinq classes (48,3 % contre 53,2 % au niveau national).

Professionnels de santé libéraux* pour la classe dont la situation sociale est la plus favorable



* écart en % avec le niveau national calculé à partir des densités au 1^{er} janvier 2016

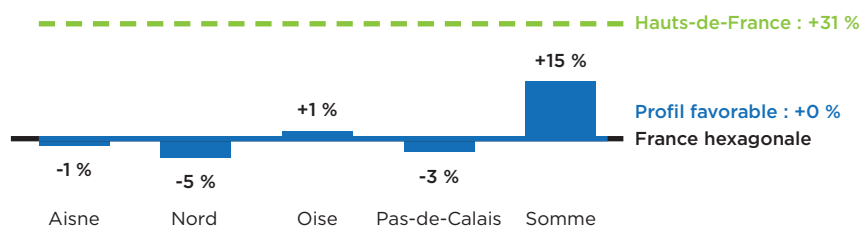
Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS 2015, Adeli, Insee

Quelques nuances pour certains départements

Au sein de cette classe, la Somme affiche des taux d'allocataires plus élevés que les autres départements, des revenus plus faibles (seul département sous la moyenne française), et une espérance de vie à la naissance (-2,3 ans pour les hommes et -2,4 ans pour les femmes par rapport à la France) plus proche de la moyenne régionale et du profil plutôt défavorable que des autres départements de sa classe. C'est également le seul département pour lequel la mortalité des moins de 65 ans est sensiblement supérieure à celle du niveau national (+15 %).

Pour nombre de pathologies, c'est la valeur maximale des départements de cette classe, dépassant parfois même la valeur régionale. En termes de professionnels de santé, c'est davantage l'Oise qui se démarque défavorablement. Les densités de cette classe, faibles sont en effet fortement influencées par ce département, représentant plus de la moitié de ces habitants. La densité en infirmiers est moindre dans les départements de l'ex-Picardie et surtout dans l'Oise (-51 %). Le Nord présente les densités les plus élevées pour les médecins généralistes, les dentistes et les masseurs-kinésithérapeutes. Pour les infirmiers, il s'agit du Pas-de-Calais.

Mortalité des moins de 65 ans* pour la classe dont la situation sociale est la plus favorable



* écart en % avec le niveau national calculé à partir des taux standardisés sur 2006-2013

Sources : CépiDc Inserm, Insee

* Indicateurs considérés dans la typologie sociale par commune

- Taux de fécondité des femmes de 12-20 ans en 2009-2015 (Insee)
- Part de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans au RP 2013 (Insee)
- Part de foyers fiscaux non imposés sur le revenu en 2014 (Ministère de l'Économie et des Finances - DGFIP)
- Taux de chômage au RP 2013 (Insee)
- Part de jeunes de 25-34 ans pas ou peu diplômés au RP 2013 (Insee)
- Part de cadres et professions intellectuelles supérieures occupés au RP 2013 (Insee)
- Taux d'allocataires du RSA au 31 décembre 2015 (CCMSA, Cnaf, Insee)
- Taux d'allocataires de 20-59 ans de l'AAH au 31 décembre 2015 (CCMSA, Cnaf, Insee)

**PROGRAMME RÉGIONAL
D'ACCÈS À LA PRÉVENTION
ET AUX SOINS DES PERSONNES
LES PLUS DÉMUNIES**

2018-2023

**PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ
DES HAUTS-DE-FRANCE**



ARS HAUTS-DE-FRANCE - PRS2 // 2018-2028

**CADRE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE
SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ
PRAPS**



Agence régionale de santé Hauts-de-France
556 avenue Willy Brandt 59777 Euralille
Standard : 0 809 402 032