



**Livre blanc pour le Pôle Métropolitain Artois Douaisis**  
**11 propositions pour agir en santé**

*Penser et agir local dans une perspective globale*

*Décembre 2020*





# Sommaire

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>5</b>
<b>1 CE QUE NOUS APPRENNENT LES DIAGNOSTICS : DES PISTES POUR L'ACTION</b> .....	<b>7</b>
SYNTHESE DU DIAGNOSTIC QUANTITATIF SUR L'OFFRE DE SANTE ET L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION .....	8
<i>Une population vieillissante</i> .....	8
<i>Un territoire en précarité</i> .....	8
<i>Davantage de prestations sociales</i> .....	8
<i>Offre de soins : une situation qui pourrait de dégrader</i> .....	9
<i>Des densités contrastées</i> .....	9
<i>Des spécialités médicales en difficulté</i> .....	9
<i>Des séjours hospitaliers majoritairement dans le territoire</i> .....	10
<i>Des taux d'hébergement de personnes âgées dépendantes relativement faibles</i> .....	10
<i>Un bon maillage par les services de soins à domicile</i> .....	10
<i>Un accueil de jeunes en situation de handicap comparable au niveau national</i> .....	10
<i>Un hébergement et accompagnement à domicile des adultes en situation de handicap dans la moyenne nationale</i> .....	11
<i>Une espérance de vie de deux ans plus courte qu'au niveau national</i> .....	11
<i>Cancers et maladies cardio-vasculai-res, principales causes de décès</i> .....	11
<i>Cancers : une surmortalité masculine importante</i> .....	12
<i>Des sur-admissions en affection de longue durée</i> .....	12
<i>Surmortalité pour les maladies cardio-vasculaires</i> .....	12
<i>Des taux en ALD inférieurs aux taux nationaux</i> .....	13
<i>Une forte mortalité masculine par suicide</i> .....	13
<i>Une mortalité évitable importante</i> .....	13
SYNTHESE DU DIAGNOSTIC QUALITATIF SUR LA PERCEPTION DES ACTEURS DE TERRAIN .....	14
<i>Un manque de notoriété</i> .....	14
<i>Des relations à consolider</i> .....	14
<i>L'équilibre fragile de la démographie des professionnels de santé</i> .....	15
<i>Un déficit de relations entre les hôpitaux d'Arras et de Douai préjudiciable</i> .....	16
<i>Une faible mobilisation des élus pour la santé</i> .....	16
<i>Une population peu mobile</i> .....	17
<i>Des dispositifs mobilisateurs dans les territoires</i> .....	17
<i>Le zonage de la médecine libérale par l'ARS</i> .....	19
<i>L'opportunité du service coordonné pour la médecine de ville</i> .....	19
<i>L'opportunité du Pôle Métropolitain pour la médecine de ville</i> .....	21
<i>Les acteurs</i> .....	22
COMMENT LES ACTEURS VOIENT L'INTERVENTION DU POLE METROPOLITAIN DANS LA SANTE .....	23
<i>La coordination, bénéfice direct d'un programme santé porté par le Pôle Métropolitain Artois Douaisis</i> .....	23
<i>Un rôle de supervision qui ne fait pas consensus</i> .....	24
<i>Organiser l'offre de soins</i> .....	24
<i>Mutualiser les ressources et les personnels</i> .....	25
<i>Encourager le dialogue</i> .....	25
<i>L'union fait la force</i> .....	25
<i>La forme d'un programme santé</i> .....	26
<i>L'implication des élus</i> .....	26

<b>2 LES PRINCIPES DIRECTEURS D'UN PROGRAMME SANTE .....</b>	<b>29</b>
ASSURER LA COHESION TERRITORIALE .....	31
<i>Responsabilité populationnelle.....</i>	<i>31</i>
<i>Construire un éco-système de santé à l'échelle du territoire .....</i>	<i>31</i>
<i>Assurer la gouvernance du programme santé.....</i>	<i>31</i>
<i>Acter le principe de subsidiarité.....</i>	<i>32</i>
<i>Construire un système d'information et de communication .....</i>	<i>32</i>
<i>Renforcer le partenariat entre les acteurs.....</i>	<i>32</i>
<i>Donner un mandat territorial aux acteurs.....</i>	<i>33</i>
DEPLOYER DES STRATEGIES PROBANTES .....	33
<i>Les déterminants sociaux de la santé.....</i>	<i>33</i>
<i>Approche intersectorielle de la santé.....</i>	<i>34</i>
<i>Approche globale et par milieu de vie .....</i>	<i>34</i>
<i>Participation active des acteurs et de la population.....</i>	<i>36</i>
RENFORCER LES COMPETENCES, MODIFIER LES ENVIRONNEMENTS.....	36
<i>La formation des professionnels et des bénévoles .....</i>	<i>37</i>
<i>L'offre documentaire.....</i>	<i>37</i>
<i>Information et formation des populations .....</i>	<i>37</i>
<i>Former des relais dans la population.....</i>	<i>38</i>
<i>Modifier les environnements.....</i>	<i>38</i>
<b>3 PROGRAMME OPERATIONNEL : 11 PROPOSITIONS POUR PASSER A L'ACTION .....</b>	<b>41</b>
AXE PRIORITAIRE 1 METTRE EN ŒUVRE UNE GOUVERNANCE TERRITORIALE .....	43
AXE PRIORITAIRE 1 MOBILISER LES ACTEURS PARTIE PRENANTE .....	44
AXE PRIORITAIRE 1 COMMUNIQUER SUR LE PROGRAMME SANTE.....	45
AXE PRIORITAIRE 2 ORGANISER UN PLAN D'ACTION DE COOPERATION ENTRE LES DEUX GHT .....	46
AXE PRIORITAIRE 2 METTRE SUR PIED UN DISPOSITIF DE RECHERCHE-ACTION SUR L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE.	47
AXE PRIORITAIRE 2 ÉLABORER UN SCHEMA STRATEGIQUE DE L'EXERCICE COORDONNE.....	48
AXE PRIORITAIRE 2 CO-CONSTRUIRE UNE POLITIQUE D'ATTRACTIVITE DU TERRITOIRE.....	49
AXE PRIORITAIRE 3 DEVOLOPPER LES RESSOURCES EN PREVENTION .....	50
AXE PRIORITAIRE 3 CREER ET SOUTENIR DES ACTIONS FAVORISANT LA PRATIQUE DE L'ACTIVITE PHYSIQUE ET PROMOUVANT UNE ALIMENTATION SAINNE .....	51
AXE PRIORITAIRE 3 CREER ET SOUTENIR DES ACTIONS VISANT A REDUIRE LES RISQUES LIES AUX CONSOMMATIONS DE TABAC ET D'ALCOOL.....	52
AXE PRIORITAIRE 3 CREER ET SOUTENIR DES ACTIONS VISANT A ADAPTER LES MILIEUX DE VIE POUR LES PERSONNES AGEES ET EN PERTE D'AUTONOMIE.....	53
<b>ANNEXES .....</b>	<b>55</b>
LE PROGRAMME OPERATIONNEL : TABLEAU SYNTHETIQUE .....	56
DESCRIPTION DES DISPOSITIFS CITES.....	63
ZONAGE DE LA MEDECINE LIBERALE PAR INTERCOMMUNALITES ET COMMUNES.....	73
LISTE DES ENTRETIENS REALISES.....	82

## Introduction

Ce livre blanc est issu d'un double travail de terrain. Il repose sur un diagnostic de territoire réalisé par entretiens auprès d'élus, institutions, professionnels de santé (centres hospitaliers, professionnels libéraux et salariés) et acteurs ou responsables associatifs.

Il reflète d'autres parties réflexions et propositions émises par les parties prenantes mises en perspective avec les politiques publiques portant sur la santé, les théories basées sur une approche globale de santé et fondées sur des données probantes en matière de planification de l'offre de soins et de prévention ou promotion de la santé (*Evidence-based health promotion*).

Le Livre blanc trouvera son application dans le développement de coopérations futures à l'échelle du Pôle Métropolitain Artois Douaisis en matière de santé. Il ne saurait cependant engager les parties ayant participé à son élaboration, personnes et institutions, qui gardent leur liberté de parole et d'action. Les préconisations pourront servir toutefois de base aux réflexions menées dans le cadre de la construction d'un projet de santé sur le territoire du Pôle Métropolitain Artois Douaisis.

Le PMAD a confié à l'OR2S la mission de réaliser un diagnostic permettant d'éclairer les élus sur l'état de santé de la population et l'offre de soins à disposition de la population des territoires du Pôle Métropolitain ainsi qu'un « Livre Blanc » fondé sur un programme d'actions concrètes à mettre en œuvre au sein du Pôle Métropolitain.

Le Pôle Métropolitain Artois Douaisis n'exerce aucune compétence mais a reçu délégation de la part de ses membres d'actions d'intérêt métropolitain relevant de trois grands axes stratégiques :

- les transports et la mobilité – *Viser une desserte optimale de tout le territoire ;*
- l'attractivité territoriale – *Développer et conforter l'économie présentielle et résidentielle ;*
- le renforcement des solidarités – *Tendre vers une équité territoriale.*

C'est dans ce troisième axe que s'inscrit la mission confiée à l'OR2S.

Ce *Livre blanc* pose donc les bases de ce que pourrait être l'intervention du Pôle Métropolitain Artois Douaisis dans le domaine de la santé selon l'ambition dont il s'est do-

té en distinguant deux types d'actions : celles pour lesquelles le Pôle Métropolitain s'engage, celles qu'il soutient.

**1**

**Ce que nous apprennent les diagnostics :  
des pistes pour l'action**

## Synthèse du diagnostic quantitatif sur l'offre de santé et l'état de santé de la population

Le périmètre du Pôle Métropolitain est à cheval sur les départements du Nord et du Pas-de-Calais. D'une manière générale, une différence sensible ressort entre les indicateurs relevant des EPCI artésiens et ceux du Douaisis, sauf pour l'état de santé qui présente des similitudes.

### Une population vieillissante

La population du Pôle Métropolitain Artois Douaisis s'élève à 431 000 habitants.

La part de la population des moins de 20 ans est importante, bien que la tendance soit à la baisse depuis les cinq dernières années. À l'autre extrémité de la pyramide des âges, le taux d'accroissement pour les 75 ans et plus est moins rapide (+0,10 %) qu'en Hauts-de-France (+0,32 %) et en France hexagonale (0,94 %). Cette augmentation du vieillissement de la population est générale dans les territoires du PM Artois Douaisis mais est surtout sensible sur son versant artésien.

### Un territoire en précarité

La population du Pôle Métropolitain se trouve dans une certaine précarité avec des indicateurs inférieurs à ceux du niveau national. La part des jeunes de 25-34 ans pas ou peu diplômés est plus importante qu'au niveau national (14,3 % *versus* 12,8 %) et ils sont moins nombreux à avoir un niveau Bac+2 (36,7 % *vs* 45,8 %).

Les actifs sont en majorité ouvriers ou

employés. Au sens du recensement, le taux de chômage au 1<sup>er</sup> janvier 2017 s'établit à 15,9 % (13,3 % en France hexagonale), allant jusqu'à près de 20 % dans le Grand Douaisis.

Le revenu annuel moyen par foyer fiscal s'établit en 2017 à 23 153 €, inférieur à celui de la France hexagonale de 4 000 €. La CC des Campagnes de l'Artois se rapproche le plus du montant national tandis que la CC Cœur d'Ostrevent en est très éloignée. Le pourcentage de foyers fiscaux non imposés (62,5 %) est supérieur à celui de la France hexagonale (55,7 %); il est notamment important dans les intercommunalités du Nord.

### Davantage de prestations sociales

Un foyer sur deux bénéficie d'une allocation, soit 5 points de plus qu'au niveau national, notamment dans la partie nord-est du territoire.

La part des bénéficiaires du RSA (8,4 %) est supérieure à celle de l'Hexagone (5,9 %). La disparité est importante entre les EPCI : 2,9 % pour les CC des Campagnes de l'Artois *vs* 11,0 % pour Douaisis Agglo.

Le taux de bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (3,6 %) est supérieur au taux national (3,0 %). Trois personnes sur cinq personnes bénéficiaires résident dans l'aire douaisienne.

### **Offre de soins : une situation qui pourrait de dégrader**

Dans son ensemble, il y a peu de sous-densité des professions de santé dans le Pôle Métropolitain Artois Douaisis et il n'y a pas aujourd'hui de déserts médicaux.

Cependant, la pyramide des âges des professionnels de santé montre que la situation pourrait se dégrader dans un avenir plus ou moins proche. La moitié des médecins généralistes et un tiers des pharmaciens ont plus de 55 ans. Certaines spécialités médicales comme la cardiologie, la médecine physique ou la chirurgie orthopédique concentrent un nombre élevé de médecins âgés. À l'inverse, les infirmiers, masseurs kinésithérapeutes et chirurgiens-dentistes ont une faible part des 55 ans et plus et une part des moins de 35 ans supérieure ou équivalente à la moyenne nationale. Cependant, pour les CC des Campagnes de l'Artois et du Sud-Artois, la part des 55 ans et plus est importante et se conjugue à une faible densité.

### **Des densités contrastées**

Les densités des médecins, généralistes comme spécialistes, et des infirmiers sont supérieures à celles des niveaux régional et national ; alors que celles des pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes et chirurgiens-dentistes sont plus faibles.

Tous les EPCI ne sont pas logés à la même enseigne. La densité des médecins généralistes varie du simple au double entre la CC des Campagnes de l'Artois et la CU d'Arras. Les territoires du Douaisis ont perdu des médecins généralistes alors que leur nombre est resté stable ou a crû dans la par-

tie artésienne. La répartition des infirmiers, chirurgiens-dentistes et kinésithérapeutes n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire et une différence entre espaces ruraux et urbains est constatée pour l'ensemble des professionnels de santé. La CC Cœur d'Ostrevent a la plus faible densité en infirmiers. Elle partage avec la CC des Campagnes de l'Artois la densité la plus faible pour les masseurs-kinésithérapeutes. Pour les pharmaciens, c'est la CC des Campagnes de l'Artois qui présente la moins forte densité.

La place des chirurgiens-dentistes est particulière, avec une situation de sous-densité, partagée par de multiples territoires des Hauts-de-France. En regard de la densité nationale, la CC des Campagnes de l'Artois compte une densité trois fois moindre que celle de la CU d'Arras. De ce fait, les temps d'accès théoriques aux cabinets de dentisterie sont conséquents pour une grande partie des habitants du territoire.

### **Des spécialités médicales en difficulté**

La densité des médecins spécialistes varie en fonction de leur spécialité. Des sous-densités par rapport au niveau national sont observées pour nombre de disciplines médicales ou chirurgicales. Les situations les plus critiques concernent la chirurgie dans son ensemble (-54 %), principalement l'ORL et la chirurgie cervico-faciale, mais aussi l'anesthésie-réanimation, la biologie médicale ou encore la psychiatrie.

Le Pôle Métropolitain compte deux groupements hospitaliers de territoires : le GHT

Artois-Ternois et le GHT du Douaisis regroupant les établissements publics et quatre établissements privés. Ils sont pour la plupart situés dans le Nord.

Le centre hospitalier de Douai concentre un tiers des séjours (médicaux et chirurgicaux) tandis que les établissements privés réalisent les deux tiers des séjours chirurgicaux.

### **Des séjours hospitaliers majoritairement dans le territoire**

En 2018, 43 % des séjours hospitaliers relèvent de la médecine et 30 % de la chirurgie. Le taux des séjours hospitalier est supérieur est de 9 % au regard du niveau national.

Les deux tiers des séjours de médecine et de chirurgie des habitants du Pôle Métropolitain et plus des cinq naissances sur six ont lieu dans un établissement du territoire. En dehors du territoire, les séjours en médecine et chirurgie se déroulent à Bois-Bernard, Cambrai, Valenciennes, Denain ou Lens, et à Lille, Valenciennes, Denain ou Cambrai pour les accouchements.

### **Des taux d'hébergement de personnes âgées dépendantes relativement faibles**

Les taux d'hébergement des personnes âgées dépendantes en Ehpad, résidences autonomie ou unités de soins de longue durée sont inférieurs aux taux régional et national.

Dans le PM Artois Douaisis, aucune structure n'est spécifiquement dédiée à l'accueil des

personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Huit Ehpad proposent cependant un accueil spécifique avec un taux inférieur aux taux régional et national.

### **Un bon maillage par les services de soins à domicile**

Quinze services de soins infirmiers à domicile (SSIAD, 1 000 places, 27,2 places pour 1 000 personnes de 75 ans et plus) et un service polyvalent de soins infirmiers à domicile (Spasad, 112 places, 3,0 places pour 1 000 personnes de 75 ans et plus) existent sur le territoire du Pôle Métropolitain. Il est mieux doté que la région (respectivement 26,6 pour les SSIAD et 3,2 les Spasad) et que la France (19,6 et 2,1).

### **Un accueil de jeunes en situation de handicap comparable au niveau national**

Les trois cinquièmes de l'offre d'accueil pour les jeunes en situation de handicap concernent les instituts médico-éducatifs (IME). Les taux d'accueil en IME et en institut d'éducation motrice (IEM) sont comparables au niveau national, ce qui n'est pas le cas pour les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (Itep). Le territoire dispose d'un institut pour jeunes déficients auditifs à Arras en hébergement complet.

L'accompagnement hors établissements est assuré par dix services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad), trois centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et deux centres d'action médico-sociale précoce (Camps), tous situés dans le Douaisis et

au sein de la CU d'Arras. Le taux de places en Sessad est en deçà des valeurs régionale et nationale.

La CC Campagnes de l'Artois est dépourvue de tout établissement et service.

### **Un hébergement et accompagnement à domicile des adultes en situation de handicap dans la moyenne nationale**

L'hébergement pour adultes en situation de handicap est assuré par trente-cinq établissements répartis dans les six EPCI du Pôle Métropolitain Artois Douaisis, mais la capacité totale d'hébergement est concentrée dans le Douaisis et sur le territoire de la CU d'Arras. Les taux de places pour 1 000 habitants de 20-59 ans en foyers de vie, maisons d'accueil spécialisés, foyers d'hébergement et foyers d'accueil médicalisés sont dans les moyennes régionales et nationales pour ces établissements.

Il n'existe aucune place en accueil temporaire mais une soixantaine en hébergement complet.

Les taux de places des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah), et des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) sont équivalents aux valeurs régionale et nationale.

Huit établissements et services d'aide par le travail (Esat) et quatre entreprises adaptées sont présents sur le territoire avec des taux de places supérieurs à ceux des niveaux régional et national.

### **Une espérance de vie de deux ans plus courte qu'au niveau national**

Même si la mortalité a baissé de 40 % au sein du Pôle Métropolitain depuis trente ans, l'écart avec le niveau national est resté du même ordre.

Ainsi, l'espérance de vie à la naissance des hommes (76,1 ans) comme des femmes (83,1 ans) est moindre de plus de deux ans sur le territoire qu'au niveau national. Cela se traduit par un taux de mortalité supérieur de +20 % au regard du niveau national, pour les femmes comme pour les hommes. Cette surmortalité est présente dans tous les EPCI du Pôle Métropolitain sans exception.

La surmortalité est plus importante chez les moins de 65 ans : +36 % pour les hommes et +29 % pour les femmes au regard du niveau national.

### **Cancers et maladies cardio-vasculaires, principales causes de décès**

Avec un peu plus de deux mille décès en moyenne annuelle sur la période 2009-2015, les cancers et les maladies cardio-vasculaires représentent 53,6 % des décès, pourcentage similaire à ceux des niveaux national et régional. Les autres causes de décès concernent les maladies de l'appareil respiratoire (6,9 %), les causes externes (6,8 %), les maladies du système nerveux (5,8 %) et de l'appareil digestif (5,4 %).

Pour les des moins de 65 ans, les cancers représentent 40,5 % des décès contre 13,1 % pour les maladies cardio-vasculaires, ordre de grandeur que l'on retrouve pour les hommes comme pour les femmes, et sur l'ensemble des EPCI.

## **Cancers : une surmortalité masculine importante**

Si la mortalité baisse depuis trente ans, le différentiel entre le PM Artois Douaisis et la France hexagonale a toujours été compris entre +17 % et +21 % pour les hommes ; il est de +10 % actuellement pour les femmes, plutôt en diminution récente.

Les localisations cancéreuses diffèrent selon le genre. Cependant, pour les hommes comme pour les femmes, le cancer de la trachée, des bronches et du poumon et le cancer du côlon-rectum figurent dans les trois premières localisations, tant pour les admissions en affections de longue durée (ALD) que pour les décès.

Le cancer de la trachée, des bronches et du poumon est la première cause de mortalité pour les hommes avec une surmortalité de +16 %. Elle est la troisième cause pour les femmes mais, spécificité des Hauts-de-France, présente une sous-mortalité féminine de 24 % par rapport à la France hexagonale. Le cancer du côlon-rectum constitue la troisième cause chez les hommes avec une surmortalité de +21 % et la seconde chez les femmes avec une surmortalité de +14 %.

Le cancer de la prostate chez les hommes est la deuxième cause de mortalité, sans différence avec le niveau national.

Le cancer du sein reste la première cause de décès par cancers chez les femmes, avec une surmortalité de +25 %. Moins accusé qu'en France, le cancer de la trachée, des bronches et du poumon est en forte augmentation chez les femmes.

Enfin, le cancer des voies aérodigestives su-

périeures (VADS) est la quatrième cause de décès majeure par cancers chez les hommes avec une surmortalité particulièrement importante de +76 % au sein du Pôle Métropolitain.

## **Des sur-admissions en affection de longue durée**

Près d'un quart des admissions en ALD est dû au cancer de la prostate, sans différence avec le niveau national. Des sur-admissions sont constatées chez les hommes pour le cancer du côlon-rectum (+7 %), de la trachée, des bronches et du poumon (+16 %) ou celui des voies aéro-digestives supérieures (+64 %)

Pour les femmes, sur la même période, les admissions en ALD concernent le cancer du sein, sans différence avec le niveau national (une admission sur deux concerne une femme de moins de 65 ans).

Pour le cancer des VADS, une sur-admission (+27 %) est constatée chez les femmes et une sous-admission pour celui de la trachée, des bronches et du poumon (-26 %).

## **Surmortalité pour les maladies cardio-vasculaires**

La mortalité par maladies cardio-vasculaires n'a cessé de diminuer depuis les années quatre-vingt pour les hommes et pour les femmes, tant au niveau du Pôle Métropolitain qu'au niveau national. Toutefois, une surmortalité demeure au sein du Pôle Métropolitain Artois Douaisis : +18 % pour les hommes et +30 % pour les femmes. Elle existe tant chez les personnes de moins de 65 ans (mortalité prématurée) que chez

celles de 65 ans et plus. Elle est particulièrement élevée chez les plus jeunes : +35 % chez les hommes et +52 % chez les femmes de moins de 65 ans au regard du niveau national.

L'insuffisance cardiaque est la première cause de mortalité par maladies cardiovasculaires avec une surmortalité de +13 % pour les femmes et une surmortalité prématurée de +30 % pour les hommes.

Une surmortalité est également constatée par cardiopathies ischémiques (+22 % pour les hommes, +26 % pour les femmes) et par accidents vasculaires cérébraux (+ 23 % pour les hommes et +38 % pour les femmes). Pour ces deux causes, il n'y a par contre pas de sur-admissions en ALD comparé au niveau national.

### **Des taux en ALD inférieurs aux taux nationaux**

Les écarts avec le niveau national des taux d'admission en affections de longue durée pour les maladies cardio-vasculaires sont bien en deçà des écarts constatés pour les taux de mortalité. Peu de différences existent entre les taux constatés au sein des EPCI, pour les femmes comme pour les hommes, pour la mortalité comme pour les admissions en ALD.

### **Une forte mortalité masculine par suicide**

La mortalité par suicide des hommes ex-

cède, au sein du Pôle Métropolitain Artois Douaisis, de +44 % celle enregistrée au niveau national. Douaisis Agglo et la CC des Campagnes de l'Artois ne présentent pas de différence avec le niveau national mais les autres EPCI enregistrent des surmortalités qui varient entre +30 % et +80 %. Pour les femmes, seule la CU d'Arras affiche une surmortalité qui est importante : +80 %.

Plus des trois quarts des décès par suicide concernent de moins de 65 ans. La surmortalité prématurée est de +44 % pour les hommes et de +28 % pour les femmes. Les CC Osartis-Marquion, du Sud-Artois et la CU d'Arras sont les plus concernées par les suicides masculins.

### **Une mortalité évitable importante**

Le Pôle Métropolitain Artois Douaisis enregistre une surmortalité évitable par des actions de prévention pour les personnes de moins de 75 ans de +37 % pour les hommes et de +31 % pour les femmes. Cette surmortalité est respectivement de +39 % et +34 % pour la mortalité évitable liée au système de soins.

Il existe une forte disparité à l'intérieur du territoire puisqu'aucune différence avec le niveau national n'est constatée pour la CC des Campagnes de l'Artois chez les hommes, quel que soit le type de mortalité évitable, et chez les femmes pour la mortalité évitable par des actions de prévention.

## Synthèse du diagnostic qualitatif sur la perception des acteurs de terrain

Le diagnostic qualitatif s'est appuyé sur des entretiens réalisés avec des élus des six EPCI membres du Pôle Métropolitain, les équipes techniques des deux contrats locaux de santé et les acteurs de terrain : associations, professionnels de santé, syndicat mixte du Scot du Grand Douaisis...

### Un manque de notoriété

De construction récente (2017) après une phase de préfiguration lancée en juillet 2015, le Pôle Métropolitain Artois Douaisis n'est pas un territoire homogène. Les intercommunalités qui le composent sont diverses, avec trois EPCI ruraux et trois EPCI urbains.

Le PM Artois Douaisis fait face à un déficit de notoriété. Il est peu ou pas connu des

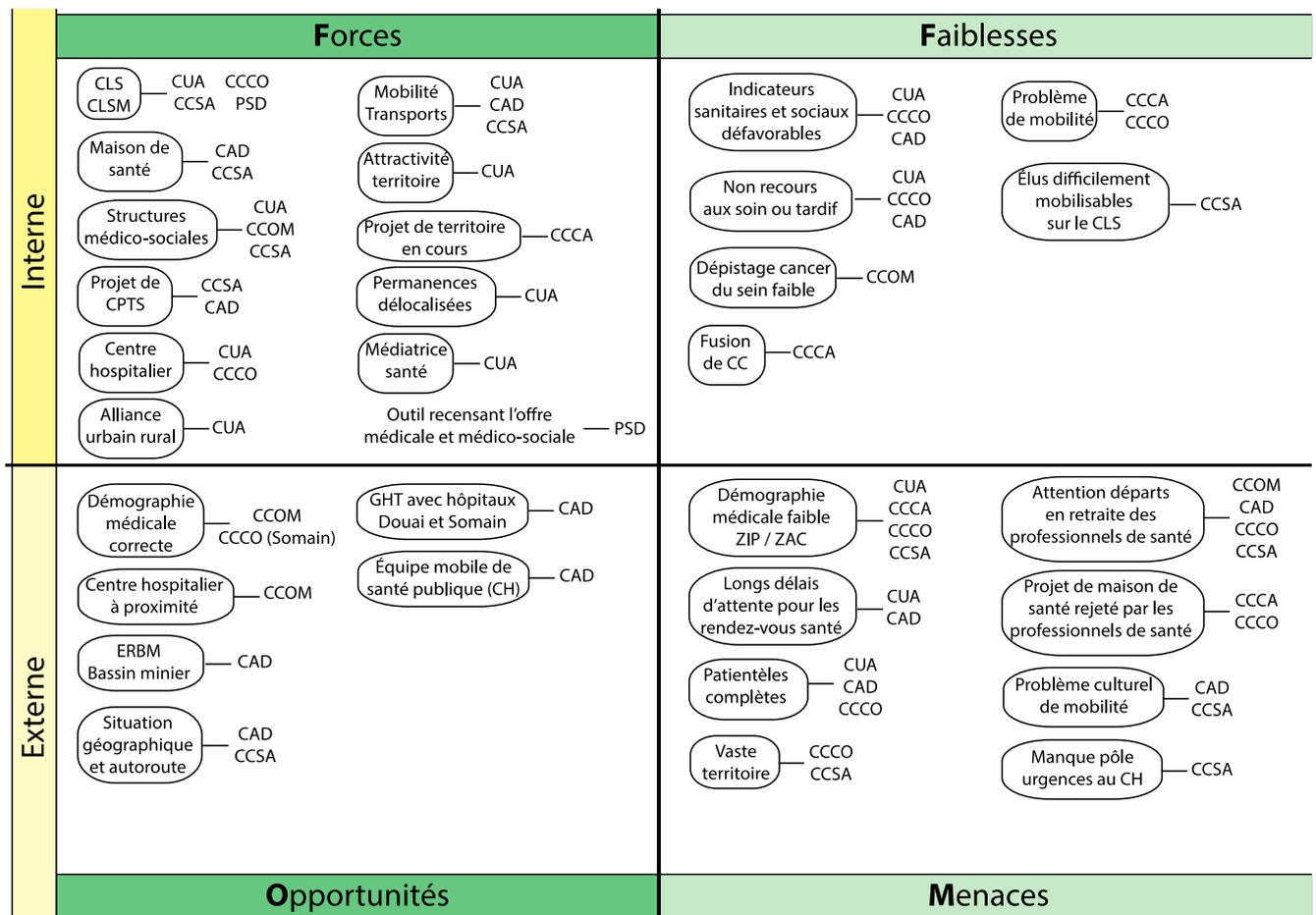
acteurs locaux, quels que soient leur statut ou leur implantation. Son territoire d'action et ses missions ne sont pas cernés.

### Des relations à consolider

Des liens structurels existent déjà entre les EPCI. Les trois EPCI artésiens sont regroupés dans le Scot de l'Arrageois. Les deux EPCI du Nord forment le Scot du Grand Douaisis.

Le Pôle Métropolitain offre un nouvel espace de travail et de coopération. Il permet de consolider les relations entre les EPCI de manière interdépartementale.

## Schéma des forces – faiblesses – opportunités – menaces du territoire



Note : les noms des intercommunalités ont été abrégés.

CUA : Communauté urbaine d'Arras. CCOM : Communauté de communes Osartis-Marquion. CCCA : Communauté de communes Campagnes de l'Artois. CCSA : Communauté de communes du Sud-Artois. CAD : Communauté d'agglomération du Douaisis (Douaisis Agglo). CCCO : Communauté de communes Cœur d'Ostrevent.

Le portrait de territoire dressé par les acteurs et institutions montre des faiblesses et des forces de plusieurs natures. Ce portrait est résumé par le schéma ci-dessus sous forme d'une matrice FFOM (Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces). Les faiblesses et forces sont internes au Pôle Métropolitain, tandis que les menaces et opportunités relèvent de facteurs externes sur lesquels le Pôle Métropolitain et les acteurs n'ont guère de prise, si ce n'est d'essayer de contourner les menaces et de se saisir des

opportunités. Ce schéma a été construit à partir des propos des élus et agents des intercommunalités rencontrés.

### L'équilibre fragile de la démographie des professionnels de santé

Au rang des faiblesses, on note que les acteurs locaux sont sensibles aux indicateurs sanitaires et sociaux défavorables du territoire, au titre desquels figurent un recours tardif au système de soins, voire un non-recours et une faible participation aux campagnes de dépistage des cancers.

La démographie des professionnels libéraux soucie les élus. S'ils reconnaissent qu'il n'y a pas de déserts médicaux, tout au moins dans leur intercommunalité, ils sont conscients de la fragilité de cet équilibre lié en partie aux praticiens d'âge proche de la retraite.

L'une des conséquences perçue par les élus est l'impossibilité, dans quelques territoires, pour les médecins de prendre en compte un surplus de patientèle. Une autre, est l'allongement des délais d'attente pour obtenir un rendez-vous.

Certains regrettent enfin que les professionnels de santé se mobilisent peu ou soient réticents à s'investir dans un projet de maisons de santé pluri-professionnelles ; alors que les élus y voient un levier majeur d'aménagement et d'attractivité de leur territoire.

Beaucoup s'interrogent aussi sur les zonages du territoire par l'ARS qui ne semblent pas correspondre à leurs yeux aux nécessités d'aide aux professionnels ou de régulation des urgences, notamment entre les deux centres hospitaliers d'Arras et de Douai.

### **Un déficit de relations entre les hôpitaux d'Arras et de Douai préjudiciable**

Du côté de l'offre hospitalière, les relations entre les deux pôles hospitaliers d'Arras et de Douai sont faibles, si ce n'est dans le cadre de la coordination de la réponse sanitaire liée à la Covid 19. Cette coordination est animée par le centre hospitalier d'Arras et sur un territoire plus large que celui du PM Artois Douais. L'idée d'un groupement

hospitalier de territoire (GHT) liant les deux centres hospitaliers dans le cadre de la loi santé de 2016 portant sur la modernisation de notre système de santé a fait long feu suite à la mobilisation des acteurs du Douais, largement opposé à la menace d'une perte de leurs prérogatives. Deux GHT existent : le GHT du Douais et celui d'Arras-Ternois.

### **Une faible mobilisation des élus pour la santé**

D'autres faiblesses sont pointées par les élus comme les acteurs. L'une d'elles est le manque de mobilisation des élus en faveur la santé. Si le maillage de l'offre de soins révèle l'intérêt d'une organisation de proximité à laquelle du crédit est apporté, les actions de santé en général, comme l'éducation pour la santé ou la promotion de la santé leur sont plus éloignées.

D'une manière générale, la santé est perçue comme relevant de la stricte compétence de l'État *via* l'ARS. Dans les EPCI ayant signé un contrat local de santé, les personnes rencontrées estiment que la santé n'intéresse que peu d'élus.

Cette faible appétence expliquerait l'absence de suite donnée au travail conséquent réalisé par le syndicat mixte du Scot du Grand Douais dans le cadre de l'élaboration d'un schéma de santé sur le Douais. Un diagnostic territorial de santé détaillé et des fiches projets ont été élaborées, préalable à un contrat local santé, soit commun aux deux EPCI, soit pour chacun d'entre eux. À noter que depuis juillet 2020, la CC Cœur

d'Ostrevant dispose d'une vice-présidente en charge de la prévention santé du contrat local de la santé, de la lutte contre la pollution, ce qui indiquerait le souhait de la CC de s'engager dans la démarche.

La décision des élus du PMAD de réaliser un livre blanc est révélateur d'une prise de conscience à l'échelle du territoire dans son ensemble.

### **Une population peu mobile**

Une dernière faiblesse constatée par les acteurs concerne la faible mobilité de la population, qui serait une de ses caractéristiques culturelles. Dans les villes et EPCI urbains, l'offre de service de transport en commun permet de desservir l'ensemble des territoires, ce qui est moins le cas des zones plus rurales.

### **Des dispositifs mobilisateurs dans les territoires**

Pour autant, les personnes interrogées ne qualifient pas leur territoire de « sinistré ». Tout au contraire, elles mettent en avant ses forces et les opportunités à saisir.

Cinq dispositifs sont implantés dans quatre des six EPCI du Pôle Métropolitain : contrat local de santé, conseil local de santé mentale, atelier santé ville, projet alimentaire territorial et espace ressources cancers. Dans les intercommunalités des Campagnes de l'Artois et Osartis-Marquion, s'il n'y a aucun dispositif, des actions de santé sont menées.

### *Les contrats locaux de santé*

La CU d'Arras et la CC du Sud-Artois ont signé avec l'ARS un contrat local de santé, respectivement les 20 et 29 janvier 2020.

Le CLS de la CUA fait suite à un premier contrat signé en 2014. L'évaluation réalisée a montré de nombreux points positifs, évoqués par les partenaires : bonne coordination du CLS, meilleure connaissance des acteurs sur le territoire, meilleure lisibilité des offres proposées aux habitants, meilleure réponse apportée aux publics (harmonie des outils et des langages entre partenaires), bonne dynamique des acteurs et mutualisation des financements.

Le contrat local de santé de la CU d'Arras compte trois orientations stratégiques.

- *Promouvoir la santé des enfants et des jeunes.* Il vise à augmenter la connaissance des sources de polluants intérieurs, à engager une démarche de substitution des perturbateurs endocriniens et à encourager les bonnes pratiques permettant d'améliorer la qualité de l'air intérieur dans les lieux d'accueil du jeune enfant.

- *Améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies.* Le contrat soutient des opérations d'information et de sensibilisation sur les différents dispositifs et vise à améliorer l'engagement des publics dans une démarche de santé, notamment dans les quartiers prioritaires.

- *Accompagner le vieillissement et soutenir les aidants.* Le CLS a pour objectif de fluidifier le parcours de la personne âgée fragile, en articulant les actions de prévention et les dispositifs d'accompagnement et de prise en charge.

Sans faire partie du CLS, l'orientation *Favoriser l'accès à l'offre de santé pour l'ensemble des habitants* agit sur l'attractivité du territoire pour favoriser l'installation de professionnels de santé.

Le contrat local de santé de la CC du Sud-Artois s'articule autour de trois axes :

- promouvoir la santé des jeunes. Le contrat a pour objectif de favoriser le bien-être des jeunes, de favoriser un parcours santé coordonné sur les addictions ainsi que sur l'accès aux soins et aux droits ;
  - accompagner le vieillissement et soutenir les aidants. Le CLS promeut l'implication des personnes âgées dans leur parcours santé. Il agit pour rompre l'isolement des personnes âgées, améliorer leur accès à la prévention, aux droits, aux soins. Il œuvre aussi pour soutenir les aidants ;
  - lutter contre la désertification des professionnels de santé, par la création d'un territoire attractif par la communication entre les professionnels de santé, le partage d'expériences, la définition de projets communs adaptés aux besoins de la population.
- La coordination des acteurs est une action commune aux axes du CLS.

De son côté, le syndicat mixte du Scot du Grand Douaisis, suite au diagnostic territorial de santé qu'il a mené en 2018, a élaboré des fiches actions, déclinées en quatre axes :

- renforcer la promotion de la santé et la prévention ainsi que les environnements favorables à la santé ;

- améliorer l'accès aux soins et aux droits, l'articulation ville-hôpital et le parcours santé ;
- co-construire et promouvoir la santé mentale ;
- améliorer le parcours de santé des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

#### *Les conseils locaux de santé mentale*

Deux conseils locaux de santé mentale (CLSM) sont présents, couvrant les zones de la CU d'Arras et du Douaisis. Celui porté par la CUA a été installé en juin 2019, celui porté par la Plateforme Santé Douaisis, en août 2020 et couvre le Grand Douaisis.

Les CLSM ont pour vocation, par une approche locale et participative, de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées.

#### *Les ateliers santé ville*

Il existe deux ateliers santé ville dans le territoire. L'un est animé par la CU d'Arras, l'autre, intercommunautaire, est animé par la Plateforme Santé Douaisis pour les deux intercommunalités Douaisis Agglo et Cœur d'Ostrevent. Impulsés en 2000, ils sont au cœur de la politique de la ville et ont pour objet de favoriser la mise en réseau et la coordination des acteurs et des actions en lien avec la santé sur le territoire.

#### *Les projets alimentaires territoriaux*

Deux projets alimentaires territoriaux (PAT) existent dans le territoire du PM Artois Douaisis. Introduits par la loi d'avenir pour l'agriculture, l'alimentation et la forêt, du 13 octobre 2014 et portés en région par les directions régionales de l'agriculture, de l'alimentation et de la forêt (Draaf), ils visent à rapprocher les différents acteurs de la filière alimentaire – des producteurs aux transformateurs, distributeurs, jusqu'aux consommateurs, à développer l'agriculture sur les territoires ainsi que la qualité de l'alimentation. Les PAT de la SS Sud-Artois et de Douaisis Agglo ont été retenus par la Draaf Hauts-de-France en 2017, mais seul le second bénéficie d'une habilitation par le ministère.

#### *L'Espace ressources cancers*

Enfin, un Espace ressources cancers, financé par l'ARS et la région Hauts-de-France, est animé par la Plateforme Santé Douaisis. Ce dispositif de proximité coordonne l'accès aux soins de support et aux prestations d'accompagnement orientées vers la ville pour les malades atteints de cancer au plus proche de leur domicile. Il joue ainsi un rôle d'information et d'orientation des malades et de leurs proches et propose des consultations et des prestations de soins de support en ville adaptés aux besoins des malades. Ce dispositif est également un partenaire à solliciter, dans la mise en place d'actions de sensibilisation du grand public autour du cancer (information, prévention, dépistage...) Ce dispositif n'existe pas dans les quatre autres intercommunalités du Pôle Métropolitain.

### **Le zonage de la médecine libérale par l'ARS**

L'ARS a fait évoluer en janvier 2020 le zonage pour la médecine libérale. À côté des territoires règlementaires que sont les zones d'intervention prioritaire (ZIP) et les zones d'action complémentaire (ZAC), l'ARS a créé les territoires d'accompagnement régional (ZAR).

Ces zonages permettent d'allouer, de façon graduée, les trois aides à l'installation et au maintien des médecins généralistes. Sa finalité est donc d'identifier les territoires où l'accès aux médecins est le plus préoccupant, afin d'inciter ces professionnels de santé à y exercer. Si l'ensemble des zones (ZIP, ZAC et ZAR) est éligible aux principales aides de l'ARS, les ZIP conservent l'exclusivité des exonérations fiscales.

La majeure partie des communes du territoire du PM Artois Douaisis est couverte par les différents zonages et aides. Toutes les communes des CC des Campagnes de l'Artois et Sud-Artois sont intégrées dans l'un des zonages de l'ARS. Ne le sont pas, vingt-et-une communes de la CUA (47 % des communes), deux communes de la CC Osartis-Marquion (4 %), quinze communes de Douaisis Agglo (43 %) et cinq communes de la CC Cœur d'Ostrevent (24 %).

### **L'opportunité du service coordonné pour la médecine de ville**

L'exercice coordonné en médecine de ville tend à structurer la médecine libérale. Cet

exercice prend la forme de maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), de centres de santé ou encore de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

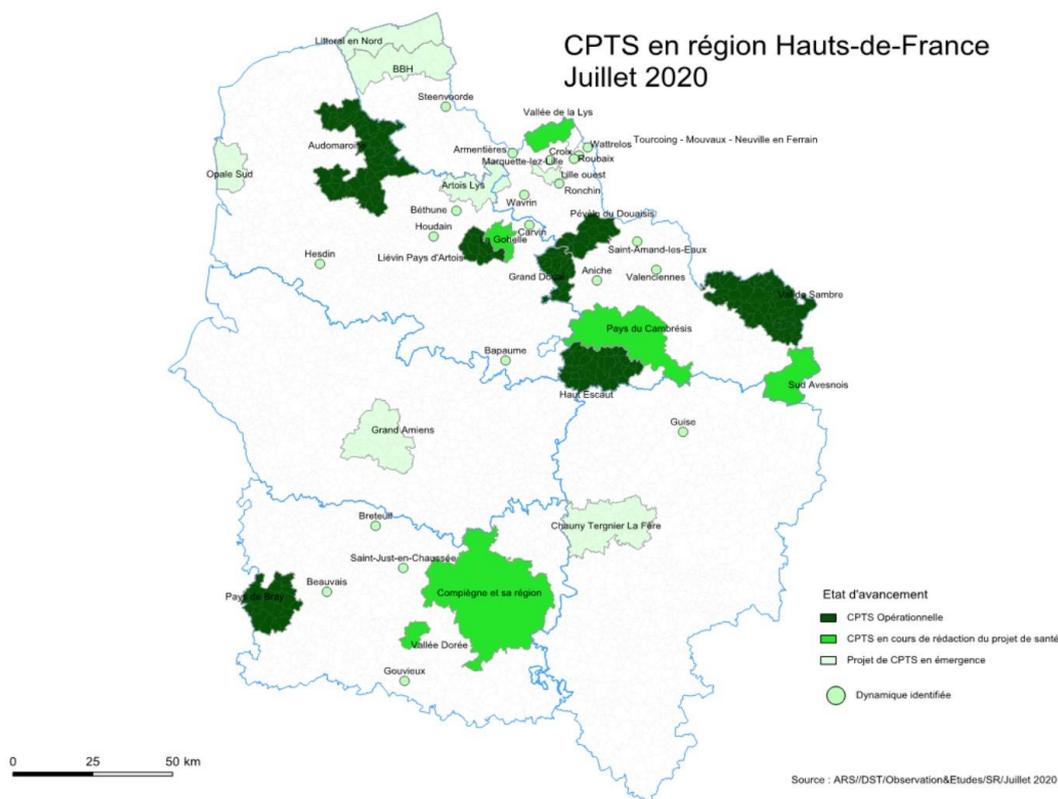
### *L'exercice coordonné*

L'ambition du projet régional de santé (PRS) de l'ARS est de développer l'exercice coordonné en médecine de ville et d'accompagner la création d'équipes de soins primaires, de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), de centres de santé et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

L'implantation de ces dispositifs est relativement faible sur le territoire du PM Artois

Douaisis. Onze MSP ont ouvert leurs portes. Une seule CPTS est opérationnelle (Grand Douaisis) et une autre est en projet (Bapaume). Il existe trois centres de santé dans le Douaisis et deux dans l'Arrageois. Des projets d'implantation sont en cours : sur le territoire de la CC du Sud-Artois, le projet consiste en l'acquisition et la réhabilitation de la maison de santé pluriprofessionnelle de santé de Bapaume et la création d'annexes à Achiet-le-Grand, Bertincourt et Vaulx-Vraucourt.

Sur la CC des Campagnes de l'Artois, la réhabilitation du site de Clairefontaine à Duisans en un pôle identitaire structurant et polyvalent comporte un volet santé.



## L'opportunité du Pôle Métropolitain pour la médecine de ville

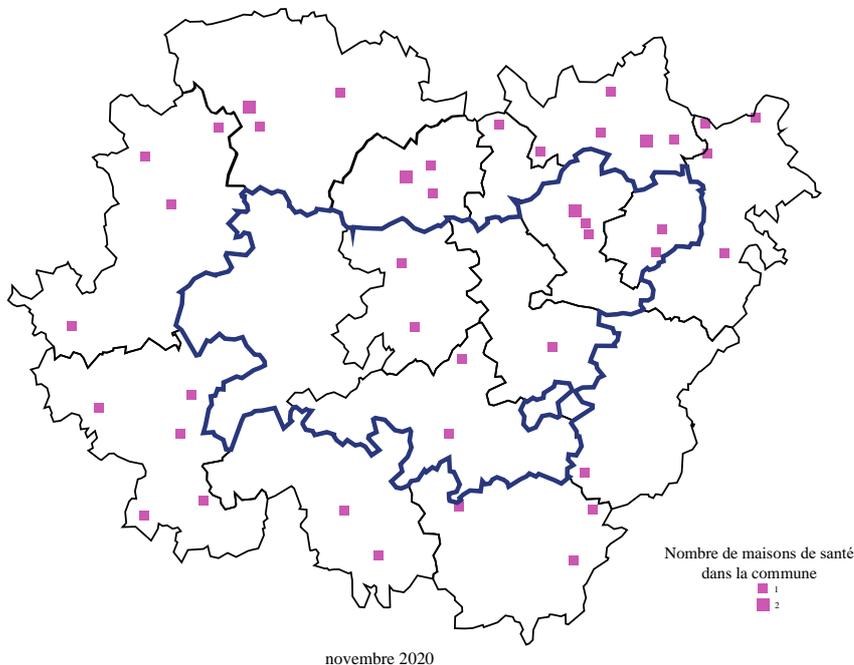
Les acteurs rencontrés, élus, professionnels et directions des hôpitaux, estiment que l'outil et l'échelle Pôle Métropolitain offrent une opportunité réelle pour construire des relations fortes de coopération entre les deux centres hospitaliers d'Arras et de Douai et entre les deux GHT qu'ils animent. La limite, posée par chacun et en rappel des événements de 2016, est qu'aucun ne prenne le pas sur l'autre.

L'un des enjeux de cette coopération serait d'améliorer la fluidité des parcours de soins entre les deux pôles hospitaliers, en intégrant la médecine de ville et le secteur mé-

dico-social. L'hôpital de Douai a, à ce sujet, un projet portant sur l'intelligence artificielle, thématique aussi portée par la mairie d'Arras et la CU d'Arras.

Une autre piste de collaboration pourrait être l'extension à l'ensemble du territoire des actions inscrites dans les projets médicaux des deux GHT. À titre d'exemple, le dispositif « *Hôpital hors les murs* » du GHT du Douaisis a permis la création de postes d'infirmiers(ères) de santé publique travaillant en prévention auprès des populations. Pour le GHT Artois-Ternois, des *consultations spécialisées pour les patients en situation de handicap* sont menées au sein des hôpitaux.

### Maisons de santé pluriprofessionnelles



## Les acteurs

Les acteurs qui œuvrent au sein du territoire du Pôle Métropolitain relèvent de plusieurs catégories.

Les intercommunalités sont les premiers acteurs à œuvrer dans le domaine de la santé, en impulsant des programmes et dispositifs, en les finançant mais aussi en déléguant du personnel pour réaliser les activités. Cet engagement varie selon les EPCI et le degré d'implication dans des programmes de santé. De ce point de vue, la CU d'Arras est la collectivité la plus impliquée aujourd'hui, forte de son antériorité dans le pilotage du contrat local de santé.

Les hôpitaux et les GHT œuvrent aussi au-delà de leur mission principale de soin et sont initiateurs ou partenaires de programmes de santé publique. À un moindre niveau, les dispositifs d'exercice coordonné (MSP, CTPS...) portent des actions de prévention à mettre en œuvre sur leur territoire.

La région et les départements, mais aussi l'Assurance maladie sont des partenaires qui financent ou accompagnent les actions de terrain. Ils sont cependant peu cités par les personnes rencontrées.

D'autres partenaires sont aussi fortement mobilisés. La Plateforme santé Douaisis est un opérateur très présent qui anime plusieurs dispositifs dans tout le Douaisis. Elle fit dans le passé une incursion dans le

Pas-de-Calais mais son territoire de compétence a été redessiné par l'ARS.

Les centres communaux d'action sociale, les centres sociaux figurent aussi parmi les partenaires clés. L'ARS a d'ailleurs confié au réseau des centres sociaux une mission de santé envers leurs bénéficiaires.

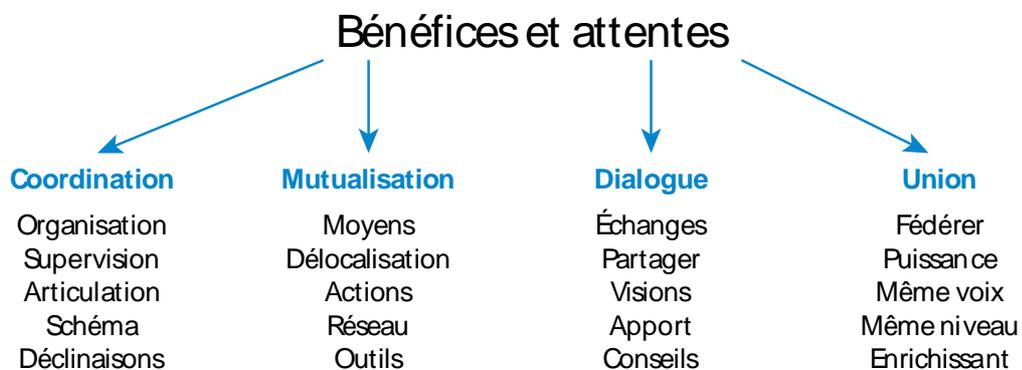
Des associations thématiques, qu'elles soient du territoire ou qu'elles agissent sur le territoire, mènent de nombreuses actions, soit par le biais de dispositifs pilotés par les intercommunalités, soit dans le cadre de financements de l'ARS ou des collectivités. Elles sont plus nombreuses dans la partie nord du territoire du Pôle Métropolitain.

L'Ireps Hauts-de-France (ex-Coreps Nord – Pas-de-Calais) est la structure choisie par l'ARS pour animer le Dispositif régional de soutien aux politiques de prévention et promotion de la santé. Elle est chargée de la formation et de l'accompagnement des acteurs de terrain pour la mise en place de leurs actions. Financée par l'ARS, elle offre des formations thématiques ou en ingénierie de projet. Elle peut aussi évaluer des actions et programmes de santé, à la demande de l'ARS ou des partenaires. Elle a accompagné le CC du Sud-Artois dans l'élaboration de son contrat local de santé.

## Comment les acteurs voient l'intervention du Pôle Métropolitain dans la santé

Qu'ils connaissent ou non le Pôle Métropolitain et ses champs d'actions, les acteurs rencontrés ont été globalement satisfaits à l'évocation de son investissement

dans le domaine de la santé publique. Ils entendent de nombreux bénéfices. Seuls deux EPCI, plutôt ruraux, ne se sont pas prononcés.



### La coordination, bénéfice direct d'un programme santé porté par le Pôle Métropolitain Artois Douaisis

L'objectif que peut se donner le Pôle Métropolitain Artois Douaisis, et que souhaitent lui voir atteindre les différents partenaires, est de parvenir à construire des synergies et des complémentarités entre tous les dispositifs existants, d'une part, et entre toutes les intercommunalités, d'autre part, afin que la santé et les déterminants de la santé soient pris en compte de manière volontariste et coordonnée. Un socle d'actions minimal pourrait ainsi venir répondre en tout point du territoire aux

enjeux relevés par les diagnostics réalisés. Ce socle d'actions minimal doit être construit au sein du Pôle Métropolitain entre ses membres fondateurs : les EPCI. Il n'est pas dans ses capacités actuelles d'engager la totalité des actions envisagées. Ses modalités d'intervention sont à la fois de s'engager dans la conduite actions et d'agir en soutien d'actions. Autant que faire se peut, son rôle serait d'œuvrer à la construction d'une communauté de réflexions et d'actions avec les EPCI et les partenaires du programme de santé, et d'œuvrer à la création de conditions

favorables pour implanter dispositifs et actions.

Cette perspective de coordination valorise les actions déjà engagées, notamment celles des dispositifs déployés sur les territoires couverts par les deux contrats locaux de santé (Sud-Artois, CU d'Arras) et les deux projets alimentaires territoriaux (Sud Artois, Douaisis Agglo). Avec les partenaires concernés, le Pôle Métropolitain peut aussi s'appuyer sur les fiches actions du schéma de santé du Grand Douaisis, et, d'une manière générale, sur les actions menées dans les territoires en lien avec les axes stratégiques de son programme.

### **Un rôle de supervision qui ne fait pas consensus**

Sans qu'il y ait consensus, certains acteurs interrogés imaginent le Pôle Métropolitain être dans un rôle de supervision des actions réalisées dans les différents EPCI du territoire. Grâce à sa vue globale du territoire, le Pôle Métropolitain pourrait ainsi recenser les actions en fonction des thématiques et partager les informations aux EPCI qui souhaitent agir. Cette supervision se concrétiserait par la coordination des différents contrats locaux de santé permettant une harmonisation des différentes actions à l'échelle du territoire. Certains voient, dans la signature d'un contrat de santé entre le Pôle Métropolitain et l'ARS, la possibilité de proposer des orientations générales, déclinées dans chaque EPCI. Disposer d'axes de travail décidés conjointement et animés par le Pôle

Métropolitain est considéré comme une plus-value, liberté étant laissée à chaque EPCI, en fonction de ses indicateurs locaux, d'avoir des actions ciblées et propres à son territoire.

### **Organiser l'offre de soins**

Les déserts médicaux sont la hantise des élus. Aussi voient-ils d'un œil intéressé une organisation de l'offre de soins. Elle pourrait prendre la forme d'un schéma de l'exercice coordonné élaboré par le Pôle Métropolitain afin que des MSP soient constituées de manière raisonnée en limitant la concurrence entre les territoires. Ils voient dans un tel schéma une meilleure utilisation des financements publics et un maillage pertinent de l'offre sur le territoire. Toutefois, il nécessite pédagogie envers élus et professionnels de santé.

Plusieurs élus souhaiteraient aussi que le Pôle Métropolitain aide à l'articulation des établissements de santé du territoire, qu'ils soient publics ou privés. Là aussi, un souci d'efficacité les pousse à envisager que les deux centres hospitaliers travaillent en complémentarité et en bonne intelligence.

Certains élus d'EPCI à dominante rurale ne cachent pas leur inquiétude de ne pas se faire entendre face aux EPCI urbains avec des villes et hôpitaux importants.

Les tensions entre hôpitaux génèrent également des tensions entre villes et donc entre EPCI.

## **Mutualiser les ressources et les personnels**

Mutualiser est un autre bénéfice particulièrement mis en avant par les acteurs rencontrés que pourrait opérer le Pôle Métropolitain.

La mutualisation est d'abord celle des moyens financiers ou de personnel dans le champ de l'offre de soins. Cette synergie commune aiderait des EPCI qui ne peuvent financer seuls des actions comme construire, réhabiliter et mettre à disposition des locaux pour installer une MSP. Cette synergie permettrait également de partager du personnel, médical ou paramédical, pour faire fonctionner les maisons de santé réparties sur le territoire.

Certains élus d'EPCI principalement ruraux évoquent la possibilité d'organiser, avec les centres hospitaliers, et grâce au Pôle Métropolitain, des consultations de spécialistes dans des territoires éloignés et dépourvus de tout spécialiste.

Le transport fait ainsi partie des exemples donnés : un meilleur maillage améliorerait la vie quotidienne des habitants (santé, emploi...) et favoriserait des déplacements plus écologiques (transports en commun, covoiturage).

Il est important de connaître et faire connaître les outils nécessaires à la réalisation d'actions auprès des populations. Il s'agit de référentiel d'actions, d'affiches ou livrets sur la santé, de jeux éducatifs en santé ou de techniques d'animation qui permettent de conduire des séances d'éducation à la santé auprès de différents publics... Leur partage entre les acteurs est

considéré comme une activité que le Pôle Métropolitain pourrait réaliser, en proposant, *via* les EPCI, un accompagnement à leur utilisation ou en définissant des fiches de postes.

## **Encourager le dialogue**

Pour les acteurs, l'un des défis du Pôle Métropolitain réside dans sa capacité à faire dialoguer et échanger.

L'échange de pratiques est une des attentes des acteurs rencontrés. Il ne s'agit pas de réinventer des actions ou outils qui existent déjà et qui ont fait leur preuve sur d'autres territoires. Chaque intercommunalité peut ainsi faire un retour d'expérience dans des domaines variés et peut-être inexploités jusqu'alors par certains.

Il reviendrait au Pôle Métropolitain d'organiser les débats, d'animer le dialogue pour aboutir à une communauté de pratiques, à une vision commune et à des priorités partagées.

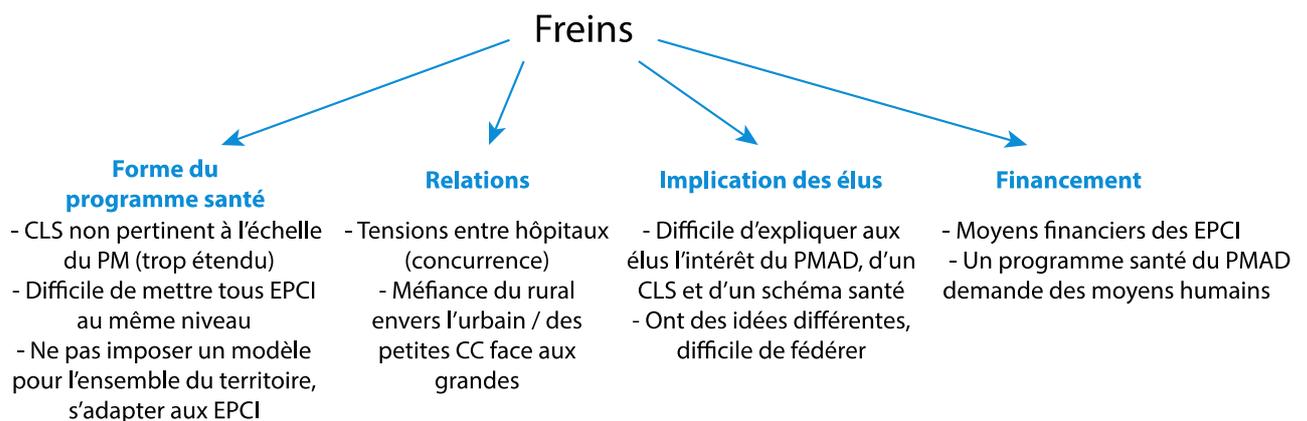
## **L'union fait la force**

Enfin, le quatrième bénéfice attendu par les personnes rencontrées est l'union des six intercommunalités. Le Pôle Métropolitain joue alors un rôle de fédérateur des six EPCI dans un projet commun, en garantissant à chaque interlocuteur une écoute et la prise en compte de ses propositions.

Les EPCI sans hôpital ou ruraux craignent que leurs préoccupations soient moins considérées que celles des EPCI urbains, que les échanges soient inégaux et aboutissent à un iniquité de traitement.

Le rôle revient donc au Pôle Métropolitain, par sa capacité à unir, de dégager davantage de moyens, de rendre les EPCI plus performants et de parler d'une même voix.

Une commission santé à l'échelle du Pôle Métropolitain pourrait jouer ce rôle de fédérateur.



Quelques freins à la mise en place d'un programme santé à l'échelle du Pôle Métropolitain ont été identifiés par les élus et acteurs rencontrés.

### La forme d'un programme santé

Si certains interlocuteurs envisagent que le programme santé porté par le Pôle Métropolitain puisse être un contrat local de santé (CLS), d'autres pensent que ce format n'est pas adéquat pour un territoire aussi vaste. Un CLS doit rester au niveau d'une ville ou d'un EPCI, pour être au plus près des préoccupations locales. À l'échelle du PMAD, un schéma ou programme santé serait plus adapté.

Certains pensent qu'il sera difficile, mais pas impossible, si la volonté existe, que

chaque EPCI assure un niveau équivalent d'actions en santé. D'autres mettent en garde sur la mise en place d'un modèle qui serait calqué sur l'existant, qui ne correspondrait pas à l'ensemble des EPCI. Le programme santé devra s'attacher à prendre en compte les particularités de chaque EPCI.

### L'implication des élus

La faible implication des élus est vécue comme un frein. En effet, selon les personnes rencontrées, tous les élus ne sont pas enclins à mettre en place des CLS ou autre schéma santé, dont ils ne comprennent pas toujours ni le sens, ni l'intérêt. Réussir à fédérer des sensibilités différentes, des visions et des préoccupations

propres à chaque élu et chaque territoire est un défi pour le Pôle Métropolitain.

### **La question du financement**

Enfin, le dernier frein réside dans le financement d'un programme de santé par le Pôle Métropolitain. Un tel programme nécessite des moyens humains pour l'animation et le suivi, des moyens finan-

ciers pour soutenir les acteurs dans la réalisation de leurs actions. La participation financière de chaque EPCI, ainsi que la mise à disposition de moyens humains sont des points à définir et à clarifier avant toute chose.



## **2**

# **Les principes directeurs d'un programme santé**

L'amélioration de l'état de santé des populations repose sur trois piliers : un effort de structuration et de planification, le renforcement des compétences, la modification des environnements. Tout programme santé se construit sur ses trois piliers. Dans le cas contraire, il y a peu de chance pour que les actions menées aboutissent aux modifications jugées nécessaires.

Pour autant, il n'est pas simple de faire reposer un programme santé sur ces bases. D'une part, parce que les décisions à prendre sont multiples et doivent l'être par des institutions différentes qui n'ont pas le même agenda, les mêmes priorités et la même puissance de financement. D'autre part, parce qu'un programme santé demande la mobilisation d'acteurs aux statuts et aux activités divers et variés, à l'implantation qui peut être partielle sur le

territoire, et qui peuvent être soumis à une forme de concurrence.

L'ensemble des paramètres doit donc être pris en compte dès l'élaboration d'un programme santé.

D'autres paramètres doivent aussi être pris en compte, comme ceux portant sur les référentiels d'actions validés et mis à jour ou les bases théoriques de planification et d'actions. Méthode et outils sont des préalables indispensables.

Ces paramètres forment les principes directeurs d'un programme santé, qui s'inscrivent dans un programme opérationnel d'actions concrètes. Ils sont ici regroupés en trois parties : assurer la cohésion territoriale, déployer des stratégies probantes, renforcer les compétences et modifier les environnements.

## Assurer la cohésion territoriale

### Responsabilité populationnelle

Au début des années deux mille, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a créé le concept de responsabilité populationnelle. Il a été repris en France par la Fédération hospitalière française (FHF) et, de manière expérimentale, le centre hospitalier de Douai la met en application.

La responsabilité populationnelle engage les parties prenantes d'un territoire à se porter collectivement responsables de la santé et du bien-être des populations. Elle requiert une collaboration entre les organisations publiques, les professionnels et les acteurs associatifs des divers secteurs, les établissements privés de santé et les partenaires socio-économiques agissant sur le territoire local et régional.

Elle repose sur l'intervention en amont de l'apparition des problèmes de santé et le renforcement de l'action sur les déterminants de la santé, de manière à améliorer la santé et le bien-être de la population locale et à réduire la pression sur les services de santé.

La responsabilité populationnelle oblige ceux ce qui en font une posture d'action à maintenir et à améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire donné en rendant accessible un ensemble de services de santé pertinents, coordonnés répondant de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population.

### Construire un éco-système de santé à l'échelle du territoire

De la responsabilité populationnelle et de la cohésion territoriale découle l'idée qu'un territoire peut être apprécié comme un espace où doit se construire cet éco-système de santé.

Cet éco-système de santé doit s'appuyer sur des ressources locales et pérennes, d'une part, et s'intégrer dans le paysage politico-administratif du territoire, d'autre part. Il se définit par la mobilisation de leaders d'opinion, la mise en réseau et la coordination des professionnels et des acteurs clés agissant sur le territoire. Il favorise aussi pleinement la participation de la population afin que la mobilisation autour de la santé et des actions de santé soit la plus efficace possible.

Ce système existe pour autant qu'il soit piloté et porté par un leadership identifié, légitime et en capacité d'agir.

### Assurer la gouvernance du programme santé

L'élaboration d'un programme d'actions concrètes suppose à la fois la réalisation d'actions sur le terrain mais aussi la structuration de la gouvernance en charge de son pilotage.

La gouvernance gère les liens relationnels et partenariaux qui permettent la prise de décision afin que concrètement les objectifs et les actions du programme santé soient élaborés, suivis et évalués.

La construction de cet éco-système de santé n'est pas une fin en soi mais bien l'un des moyens aptes à relever les enjeux posés par la santé des populations et son amélioration.

Afin d'assurer un pilotage du programme en temps réel, un coordinateur identifié (animateur, pilote) est nommé.

La gouvernance s'entend aussi par l'éventuelle association de partenaires extérieurs au programme, qui peuvent siéger au sein de l'instance de gouvernance.

La signature d'un texte, telle une charte de coopération, par l'ensemble des parties prenantes du programme, renforce leur adhésion au projet et lui donne une notoriété accrue. La signature d'autres partenaires accroît la mobilisation des acteurs.

### **Acter le principe de subsidiarité**

Un programme santé n'a pas vocation à se substituer aux dispositifs et politiques mis en œuvre au sein d'un territoire par d'autres entités, ni même de les englober dans un programme plus vaste.

L'élaboration d'un texte de la portée d'une charte de coopération ouvre la perspective d'agir en complémentarité des dispositifs et actions déjà mis en œuvre dans les territoires. Il consacre les principes de subsidiarité et par conséquent de coopération, mutualisation, coordination, voire d'innovation et de facilitation par la mise en commun des ressources. *Penser et agir local dans une perspective globale* pourrait ainsi être le maître-mot d'un programme santé.

### **Construire un système d'information et de communication**

Un système d'information fournissant les indicateurs nécessaires au pilotage et au suivi des actions de terrain et permettant l'évaluation d'atteinte des objectifs est constitué dès l'élaboration d'un programme santé.

La communication interne donne un sens collectif aux actions menées par divers opérateurs et facilite leur appropriation et leur déroulement.

La communication externe rend visible auprès de la population le programme, ses différentes réalisations et tend à augmenter la mobilisation autour des actions de santé.

### **Renforcer le partenariat entre les acteurs**

Le partenariat est une clé essentielle dans un éco-système de santé, dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme santé. Il ne s'improvise cependant pas, ni ne se décrète. S'il n'est à construire, du moins est-il à fortifier par la création de conditions de participation et d'adaptation au contexte.

L'inventaire des opérateurs est à réaliser de la façon la plus méthodique et la plus régulière possible. La connaissance mutuelle s'inscrit aussi dans l'action.

Le partenariat devient une construction réfléchie, planifiée qui s'inscrit dans le développement d'un projet écrit et qui poursuit des objectifs concrets et évaluables. Il est un contrat, à la fois moral, reposant sur des valeurs communes, mais aussi écrit, dans le

cadre d'un projet de territoire. Il oblige les partenaires par ses termes mêmes.

### **Donner un mandat territorial aux acteurs**

Le travail de promotion de la santé à l'échelle d'un territoire nécessite la disponibilité des acteurs sur l'ensemble de ce territoire afin que le service rendu à la population soit effectif et égalitaire. Dans un territoire interdépartemental, la « frontière » départementale peut être une entrave à la mobilité et à la disponibilité des acteurs sur l'ensemble du territoire. Sans pour autant intervenir les uns à la place des autres, la disponibilité des acteurs s'opère dans un

### **Déployer des stratégies probantes**

#### **Les déterminants sociaux de la santé**

La santé reste encore le plus souvent réduite à sa seule dimension curative. Cette approche bio-médicale de la santé repose essentiellement sur la responsabilité individuelle de tout un chacun devant l'exposition à des facteurs de risque comme la consommation de tabac ou la sédentarité...

Depuis sa création, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) n'a eu de cesse de revendiquer la place de la prévention comme paramètre majeur de la santé des populations. Elle met ainsi en exergue la responsabilité sociétale face aux problèmes de santé qui

cadre établi pour intervenir au-delà de leur territoire habituel.

Cette disponibilité peut s'organiser en fonction des thèmes ou des domaines d'intervention et des opportunités.

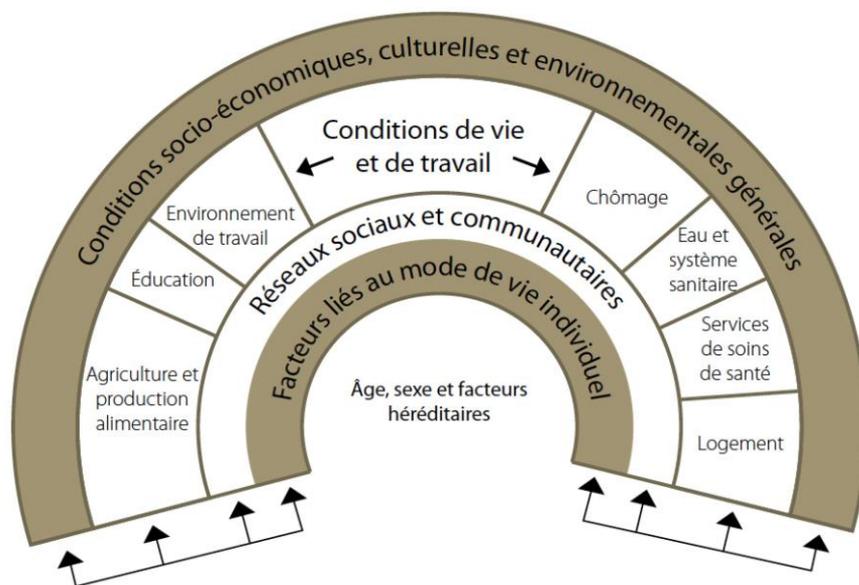
De la même manière que les opérateurs devraient pouvoir travailler sur l'ensemble du territoire du Pôle Métropolitain et en articulation entre eux, les institutions qui ont compétence dans le champ de la santé, doivent pouvoir travailler ensemble, ne serait-ce que pour lever les barrières institutionnelles limitant le travail interdépartemental.

touchent une population, bien plus prégnante que la responsabilité individuelle.

L'amélioration de l'état de santé de la population résulte, non pas seulement de la couverture territoriale de système de soins et de l'amélioration des traitements de la maladie, mais aussi des actions de prévention et de promotion de la santé.

Ainsi, la commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé (2008) a montré que le système de soins ne contribue que pour une quinzaine de pourcents à la santé de la population.

### ***Schéma des déterminants sociaux de la santé (Dahlgren, Whitehead)***



Dès lors, les stratégies les plus efficaces résultent d'une combinaison d'interventions visant à la fois les déterminants individuels et structurels de la santé. Ces déterminants comprennent les comportements de santé des individus et leur utilisation du système de soins et de prévention. Mais ils comprennent aussi d'autres déterminants qui échappent au contrôle des individus comme les conditions sociales, économiques, environnementales ainsi que les services rendus par le système de soins.

### Approche intersectorielle de la santé

L'OMS milite encore pour une approche résolument intersectorielle de la santé et pour

que la santé des populations soit prise en compte dans toutes les politiques publiques. L'intersectorialité est un des moyens de faire d'un programme santé un facteur de changement et de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Elle permet la mise en réseau des acteurs pour accroître l'efficacité du service rendu à la population. De nombreuses réponses aux problématiques du territoire se trouvent dans les compétences ou connaissances d'acteurs d'autres champs d'activité. La coopération avec les champs connexes à la santé (social, cohésion sociale, éducation, culture...) ou plus éloignés (économique, droit, culture, loisirs...) reste à construire dans les pratiques.

### Approche globale et par milieu de vie

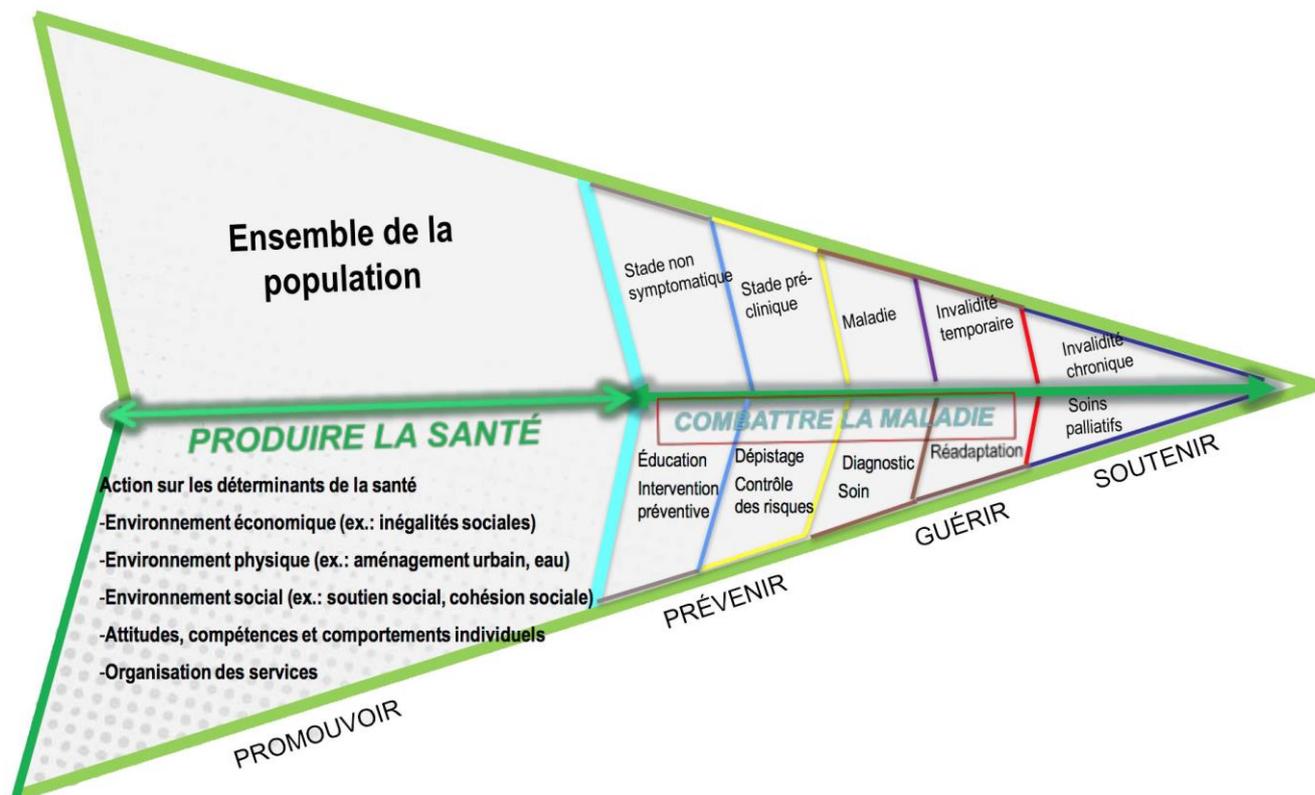
Les stratégies les plus probantes en matière de santé sont l'adoption d'approches glo-

bales de la santé qui impliquent l'ensemble d'une collectivité, que ce soit sur un territoire (« *Whole of community* ») ou dans les milieux de vie : travail, école (« *Whole of school* »)...

Ces stratégies demandent l'intégration des actions de prévention et des services de san-

té, construisant ainsi un continuum. Enfin, la diffusion de messages de santé publique ne se conçoit que si les messages sont validés et compréhensibles par l'ensemble de la population (littératie en santé) et non par quelques sous-populations.

***Continuum de la santé : de la promotion de la santé au soutien des personnes***



## Participation active des acteurs et de la population

D'autres stratégies probantes s'enracinent dans la démarche participative, avec les acteurs de terrain, d'une part, avec la population, d'autre part.

Cette démarche ne s'improvise pas. Elle repose sur un « capital militant » à mobiliser, sur des espaces d'échange à ouvrir, sur une volonté politique réelle des institutions. Elle suppose aussi une relation équilibrée entre l'ensemble des parties prenantes : experts, professionnels, bénévoles, habitants, élus...

Dans son acception la plus stricte, la participation de la population implique, à partir

des besoins, attentes et demandes qu'elle exprime, qu'elle soit associée à l'élaboration des politiques publiques et des interventions. Cette dynamique participative met les bénéficiaires en situation d'être acteurs de leur santé et d'agir sur les déterminants de santé, avec l'aide et des professionnels et décideurs.

Parallèlement, la participation s'envisage aussi comme la co-construction des politiques publiques. Elle peut prendre alors la forme d'une commission santé, d'un jury citoyen, d'un conseil de développement...

## Renforcer les compétences, modifier les environnements

Les programmes santé et les actions visent principalement l'apport de connaissances ou le renforcement de compétences de la population. De fait, ils se réfèrent à la seule dimension de la responsabilité individuelle.

### **La formation des professionnels et des bénévoles**

En premier lieu, la population générale n'est pas la seule à devoir être concernée. Bien au contraire, la mise en compétence doit d'abord s'adresser aux partenaires opérationnels du programme santé, ceux qui en assurent l'élaboration, le pilotage comme à ceux qui mettent en œuvre les actions sur le terrain, qu'ils soient professionnels ou bénévoles. D'autant plus lorsqu'on se situe dans une démarche intersectorielle.

Toute mise en œuvre d'un programme santé nécessite une formation des partenaires aux outils de management et d'évaluation de projet. La méthodologie de projets permet de construire, suivre ou évaluer des projets à partir de référentiels ou de procédures reconnus en santé publique. Son utilisation fonde les actions à partir d'une démarche raisonnée et professionnelle et favorise la réflexion en amont d'une action tout comme sa mise en œuvre et son évaluation. Elle permet d'assurer une qualité de la démarche bien que la réussite elle-même du projet n'en soit pas pour autant garantie.

Des temps de formation et d'échange de pratiques harmonisent et enrichissent les savoir-faire et participent à l'élaboration de valeurs, de langage et de définitions partagées concourant à l'émergence d'une véritable

culture commune à l'échelle du territoire.

### **L'offre documentaire**

L'accès à l'information est de première importance. Disposer, au sein d'un territoire, d'informations validées relatives aux bonnes pratiques, aux données probantes ou encore aux réalisations en cours offre l'opportunité d'engager des actions plus innovantes.

À l'heure de la dématérialisation, un portail Internet à l'échelle d'un programme de territoire à destination des partenaires facilite le partage d'informations et le téléchargement d'outils utiles aux actions. Cette circulation des outils participe de la culture commune des acteurs de terrain.

### **Information et formation des populations**

Diffuser à la population des messages de prévention validés, quels qu'en soient les canaux, est une activité importante et nécessaire. Toutefois, utilisée seule, cette stratégie est peu probante. Être informé ne fait que très marginalement opter pour des comportements positifs pour la santé.

En plus d'une information reçue passivement par les individus, la participation active à des actions, la formation des personnes, l'acquisition de connaissances concrètes ou de nouvelles aptitudes personnelles et sociales ancrent la modification des comportements : pratiquer une activité physique, se détendre, s'alimenter de manière appropriée, ou encore avoir la capacité de nouer des contacts. Ces formations concernent des

thèmes de santé, comme l'hygiène, l'alimentation, l'activité physique, les cancers et le recours aux dépistages, les addictions, les compétences psychosociales... Elles concernent aussi la formation à des stratégies ou méthodes à mettre en place pour que les actions aient la meilleure efficacité, comme l'éducation par les pairs, l'organisation de groupes de parole, interventions dans les milieux de vie...

L'évaluation de ce savoir de manière positive facilite une mise en application jugée bénéfique et utile par les personnes elles-mêmes. Au-delà d'un apport de connaissance sur des thématiques précises, le renforcement de la confiance en soi par rapport à des sujets ou des actions est déterminant pour améliorer sa santé. C'est ce que l'on appelle les compétences psychosociales : avoir le sentiment d'être suffisamment informé ou formé favorise l'action personnelle et la capacité d'agir pour soi-même.

### **Former des relais dans la population**

Conjointement à l'action des professionnels et bénévoles, la recherche et la formation de personnes qui assurent le relais des actions au sein de la population est une stratégie qui a été appliquée avec succès dans de nombreux domaines.

Elle permet à des habitants, formés aux techniques d'animation et sur des thématiques précises, de diffuser une information validée auprès des autres habitants avec un objectif d'éducation par les pairs.

Ces personnes prennent le nom d'habitants-relais, de personnes-relais, de médiateurs

santé et agissent le plus souvent en prévention. Dans l'offre de soins, ce sont des « *patient navigators* » qui facilitent le recours au système de santé pour les personnes qui en sont les plus éloignées.

Ce soutien social est orchestré par la collectivité. Il permet d'assurer une certaine égalité des chances en matière de santé en rendant le recours aux ressources favorables à la santé le plus égalitaire possible, au sens des déterminants sociaux : obtention d'un travail, d'une formation, d'un revenu, d'un statut, d'une reconnaissance, etc.

### **Modifier les environnements**

La modification de l'environnement, tant physique que social, rend opérationnelles les pratiques acquises.

Un programme de santé agit sur l'environnement par la réduction des influences physiques et chimiques nocives – les pollutions – le maintien et l'amélioration des ressources naturelles - eau, air, forêt, espaces de détente.

Il crée et promeut des environnements et des installations favorables à la santé (espaces verts, salles de sport ou plaines de jeux, pistes cyclables, chemins de randonnées). Ces environnements et installations se trouvent tant dans l'espace public que dans les milieux de vie tels les établissements scolaires, entreprises, administrations...

L'environnement social doit de la même manière développer une vision positive de la santé et améliorer le climat social général. Les actions à mettre en place concernent les

domaines suivants : travail, formation, école, famille, habitat, loisirs, mobilité. Elles se déroulent au niveau d'un quartier, d'une commune, d'une entreprise...



**3**

**Programme opérationnel**

**11 propositions pour passer à l'action**

L'offre de soins, les cancers, les maladies cardio-vasculaires, les addictions, l'adaptation de la société au vieillissement de la population ou encore la santé mentale sont les six thèmes qui peuvent être retenus dans le cadre du programme santé du Pôle Métropolitain.

Préoccupation forte des élus, la structuration de l'offre de soins nécessite une vision globale du territoire et une coopération entre les acteurs.

Principales causes de mortalité repérées au sein du Pôle Métropolitain, cancers et maladies cardio-vasculaires ont les mêmes facteurs de risque : sédentarité, alimentation, consommation d'alcool et de tabac. C'est sur ces facteurs de risque que l'action doit porter.

Le vieillissement de la population est en cours dans l'aire du Pôle Métropolitain, ce qui invite à réfléchir par anticipation à la réflexion et la mise en œuvre des politiques publiques.

Ces thématiques se retrouvent peu ou prou dans les dispositifs et actions menées dans et par les intercommunalités. D'autres thématiques auraient pu être retenues, comme l'environnement, le handicap, le suicide, mais le parti pris est de ne pas surcharger le programme santé et se focaliser dans un premier temps sur les matières les plus prégnantes, si ce n'est les plus urgentes.

Le programme opérationnel s'articule autour de trois axes prioritaires. Il reprend les données des diagnostics effectués, éclairées par les principes directeurs.

Les trois axes prioritaires qui se dégagent sont :

- créer une gouvernance permettant une synergie et une mobilisation territoriale, visant à structurer le programme opérationnel par la mobilisation des partenaires et la communication sur le programme lui-même ;
- soutenir l'offre de soins sur le territoire, par une réflexion raisonnée à l'échelle du Pôle Métropolitain sur la démographie des professions de santé et l'exercice coordonné ainsi que sur l'attractivité du territoire ;
- renforcer et améliorer l'offre de prévention agissant sur les facteurs de risque à l'œuvre dans les deux principales causes de mortalité relevées dans le territoire – cancers et maladies cardio-vasculaires – et en adaptant les environnements au vieillissement de la population.

Les trois axes se déclinent en 11 objectifs à atteindre, 42 actions à engager et 24 actions à soutenir.

## Axe prioritaire 1

### Créer une synergie et une mobilisation territoriale

# 1 Mettre en œuvre une gouvernance territoriale partagée du programme santé du Pôle Métropolitain

Un programme d'actions concrètes ne saurait se satisfaire d'une liste d'actions à réaliser. Un minimum de structuration est nécessaire en amont, notamment par la création d'une instance de gouvernance regroupant le Pôle Métropolitain et ses partenaires. Cette instance assure le suivi opérationnel du programme d'actions. Un texte de coopération (charte) permet de fédérer et d'organiser le partenariat.

Un système d'information et de communication est construit lors de l'élaboration du programme. Le système d'information permet d'assurer le pilotage et l'évaluation du programme à partir de données recueillies sur le terrain. Le système de communication élabore des messages à destination des partenaires et opérateurs (communication interne) et de la population en générale (communication externe).

Une instance citoyenne est créée dans l'optique d'une co-construction du programme de santé et comme facteur de mobilisation de la population.

#### Actions à engager

- A1. Installer au sein du Pôle Métropolitain une instance de gouvernance avec un pilotage clairement identifié.
- A2. Élaborer et signer une charte de coopération métropolitaine en santé.
- A3. Rédiger le programme opérationnel, le décliner annuellement avec objectifs et résultats attendus. Le programme a une durée déterminée et est révisable.
- A4. Construire un système d'information pour piloter et évaluer le programme.
- A5. Organiser un système de communication interne et externe.
- A6. Installer une instance citoyenne afin de participer à l'élaboration et au suivi du programme santé.

## Axe prioritaire 1

### Créer une synergie et une mobilisation territoriale

# 2 Mobiliser les acteurs partie prenante de l'amélioration de la santé des populations

S'il est porté par le Pôle Métropolitain Artois Douaisis, le programme santé s'ouvre à différents acteurs institutionnels, professionnels et associatifs, gage d'un réel atout pour le territoire.

Les acteurs du champ de la santé partie prenante sont ceux du territoire, comme les communes, EPCI, établissements publics et privés de santé, professionnels de santé. Ce sont aussi les acteurs institutionnels et associatifs départementaux (conseils départementaux, Assurance maladie...) ou régionaux (agence régionale de santé, Éducation nationale, région...)

Par une démarche intersectorielle volontariste, décloisonnée, l'action des acteurs des autres champs d'activité (chambres consulaires, acteurs culturels, de l'éducation populaire, de la politique de la ville, de l'aménagement du territoire, de la justice...) est valorisée et ces acteurs sont incités à s'associer au programme santé par la signature de la charte de coopération et la mise en œuvre d'actions.

Une plateforme de coopération et d'échange de pratiques organise pour l'ensemble des intercommunalités du Pôle Métropolitain et des acteurs le partage des compétences et de bonnes pratiques acquises. Elle concerne les animateurs d'actions de santé prometteuses ou de dispositifs comme les contrats locaux de santé, les ateliers santé ville, ou les projets alimentaires territoriaux en lien avec l'ingénierie du syndicat mixte du Scot du Grand Douaisis.

L'espace ressources cancer s'étend à l'ensemble du territoire.

À terme, cette plateforme peut devenir une instance pérenne : conseil métropolitain de la santé, du bien-être ou de la qualité de vie.

#### Actions à engager

- B1. Contacter les acteurs institutionnels (ARS, départements, région, Assurance maladie, services de l'État, centres hospitaliers, URPS...)
- B2. Faire signer la charte de coopération associant les partenaires.
- B3. Installer une plateforme de coopération et d'échange de pratiques pour organiser un partage aux intercommunalités du PM Artois Douaisis de compétences et de bonnes pratiques acquises par les animateurs des dispositifs comme les contrats locaux de santé (CLS), les ateliers santé Ville (ASV) ou encore les projets alimentaires territoriaux.

#### Actions à soutenir

- Contrats locaux de santé (B3).
- Ateliers santé ville (B3).
- Projets alimentaires territoriaux (B3).
- Extension de l'Espace ressources cancer (B3).

## Axe prioritaire 1

### Créer une synergie et une mobilisation territoriale

# 3 Communiquer sur le programme santé du Pôle Métropolitain et les programmes ou actions santé des EPCI

La communication sur le programme santé et les actions en cours portées par les EPCI les rend plus visibles et lisibles, tant pour les acteurs concernés que pour la population.

Disposer de moyens de communication interne et externe permet d'élaborer et de diffuser toute information relative au programme santé et aux actions menées. Cette communication peut utiliser divers moyens et canaux sans qu'il y ait nécessité de construire un dispositif lourd *ad hoc*.

Les moyens propres du Pôle Métropolitain Artois Douaisis, tel que son site internet, le relais fait par ses EPCI membres et par les différents acteurs impliqués peuvent suffire.

Il faut toutefois veiller à l'homogénéité des messages selon les canaux de diffusion et les destinataires.

#### Actions à engager

- C1. Informer largement que la santé est une priorité du Pôle Métropolitain, dans une perspective d'approche globale de la santé.

- C2. C3. Élaborer des supports pour les communications interne et externe pour rendre compte régulièrement de l'avancement du programme santé et des actions menés par le Pôle Métropolitain, par les EPCI et les communes.

- C4. Créer un site ou une page interne pour valoriser le programme santé et des actions.

- C5. Rédiger des communiqués de presse à destination des médias locaux et régionaux sur le programme santé et les actions menées.

- C6. Organiser des points presse aux moments clés du programme santé.

#### Actions à soutenir

- La diffusion de messages relatifs au programme santé du Pôle Métropolitain et aux actions menées est encouragée auprès des EPCI et des communes.

## Axe prioritaire 2

### Soutenir l'offre de soins

# 4 Organiser un plan d'action de coopération entre les deux groupements hospitaliers de territoire (GHT) pour favoriser les parcours patients au sein du Pôle Métropolitain pour les filières cancérologie et maladies cardio-vasculaires

Peu de relations sont tissées entre les deux groupements hospitaliers de territoire. Celui d'Arras-Ternois coordonne cependant les moyens dédiés à la gestion de la crise Covid-19, mais pour un territoire plus vaste que celui du seul Pôle Métropolitain.

Les échanges entre les deux centres hospitaliers se heurtent aussi à la logique d'une gestion départementale par l'administration et à la logique d'un recours aux soins de proximité par la population. De fait, les transferts de patients entre les deux pôles hospitaliers sont peu fréquents.

La construction d'une synergie entre les deux pôles hospitaliers par des axes de coopération et de complémentarité, médicaux ou non, rend plus efficiente la démarche de santé.

La gestion et la planification hospitalière ne sont pas du ressort du Pôle Métropolitain, mais il peut cependant engager et soutenir l'initiative d'une coopération future dans le respect des missions des centres hospitaliers et des deux GHT.

L'action « *Hôpital hors les murs* » du centre hospitalier de Douai est étendue au territoire, tout comme le projet de consultations spécifiques pour les personnes accueillies dans les établissements médico-sociaux du GHT Artois-Douais.

#### Actions à engager

- D1. Créer et animer une table de concertation avec les deux GHT.

- D2. Étudier la faisabilité d'extension aux deux GHT d'actions menées par chacun d'eux (« *hôpital hors les murs* », « consultations médico-sociales »).

#### Actions à soutenir

- L'écriture de parties communes dans les projets médicaux des deux GHT visant à pouvoir développer des projets en commun (D1).

- Inciter les GHT et les associations de patients à communiquer sur la qualité et la satisfaction des soins (D1).

## Axe prioritaire 2

### Soutenir l'offre de soins

# 5 Mettre sur pied un dispositif de recherche-action sur l'utilisation de l'intelligence artificielle dans l'organisation des parcours de soins

L'intelligence artificielle offre des moyens accrus pour analyser des masses de données considérables (*big data*) ; notamment dans le domaine de la santé.

Le centre hospitalier de Douai s'est engagé dans une telle démarche pour mieux analyser les parcours de soins des patients, offrir une fluidité accrue et réduire les ruptures de parcours.

Une réflexion de ce type est aussi en cours à la mairie et à la communauté urbaine d'Arras.

Le partage d'une telle réflexion entre les deux GHT préfigure une partie de la médecine de demain et permet la concentration de ressources et de compétences dans le territoire, augmentant par là-même son attractivité. La création d'un cluster sur la santé numérique dans le territoire pourrait en être l'un des résultats.

*Cet objectif rejoint l'axe stratégique du Pôle Métropolitain relatif à l'attractivité du territoire.*

#### Actions à engager

- E1. Organiser une présentation croisée des projets de l'hôpital de Douai et de la CU d'Arras sur l'intelligence artificielle.
- E2. Mener une étude de faisabilité sur l'extension de ce projet aux deux GHT par une recherche-action appliquée aux parcours de soins.
- E3. Faire de cette recherche-action un facteur d'attractivité du territoire (Rev3, starts-up numériques et intelligence artificielle...)

#### Actions à soutenir

- Élaboration du protocole de recherche-action (E2).
- Avec les acteurs partie prenante soutenir la création d'un cluster santé numérique (E3).

## Axe prioritaire 2

### Soutenir l'offre de soins

# 6 Élaborer un schéma stratégique partenarial pour assurer la couverture du territoire en maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), centres de santé et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

L'élaboration d'un schéma stratégique partenarial de l'exercice coordonné répond aux attentes des élus comme des professionnels. Il facilite l'implantation des dispositifs et assure une couverture territoriale équitable. Il repose sur le zonage de la médecine libérale construit par l'ARS.

Ces dispositifs concourent à l'amélioration de l'accès aux soins, à la qualité et pertinence des soins, à l'organisation d'un parcours pluriprofessionnel autour du patient et au développement d'actions de prévention.

L'expérience montre que la mise à disposition de locaux ou l'attribution de ressources à l'installation de professionnels ne suffisent généralement pas à l'émergence d'un dispositif d'exercice coordonné. À l'inverse, si un projet porté par les professionnels n'est pas soutenu par la collectivité, ses chances d'aboutir sont moindres.

L'engagement du Pôle Métropolitain de faire en sorte que l'ensemble de son territoire soit couvert par des CPTS rejoint l'ambition de l'ARS de n'avoir aucune zone blanche dans la région.

*Cet objectif rejoint l'axe stratégique du Pôle Métropolitain relatif à l'attractivité du territoire.*

#### Actions à engager

- F1. F2. Élaborer le schéma stratégique avec les acteurs partie prenante (professionnels, ARS, URPS, élus...)

- F3. Rendre compte annuellement du nombre de nouvelles implantations des MSP, et CPTS selon le schéma stratégique.

- F4. Organiser avec les EPCI une réunion annuelle des MSP, centres de santé, CPTS pour mesurer les attentes et besoins des professionnels.

#### Actions à soutenir

- L'engagement des professionnels et des élus dans la construction de MSP ou centres de santé... (F2, F4)

- L'élaboration par les professionnels du projet et du diagnostic préalable la mise en œuvre d'une CPTS (F1, F3).

## Axe prioritaire 2

### Soutenir l'offre de soins

# 7 Co-construire une politique d'attractivité du territoire de façon à faciliter l'installation de médecins généralistes et de professionnels de la santé

S'il n'y a pas aujourd'hui de désert médical dans les territoires du Pôle Métropolitain, le vieillissement des professionnels de santé, particulièrement évident pour les médecins généralistes et les pharmaciens, la rareté des chirurgiens-dentistes donnent à penser que la situation va se tendre dans les années à venir.

L'on sait aujourd'hui que la population des médecins se féminise et qu'elle est en attente d'un certain nombre de services de proximité, liés notamment aux dispositifs de garde d'enfants et aux activités culturelles et de loisirs.

La mise en œuvre de politiques publiques agissant sur l'attractivité des territoires du Pôle Métropolitain encourage l'installation de jeunes médecins et professionnels de santé, valorisée à travers des campagnes de communication montrant l'attractivité à destination des étudiants des filières de santé.

L'incitation pour les professionnels de santé d'être maîtres de stage permet aussi de fidéliser les futurs professionnels et faciliterait leur installation dans les territoires du Pôle Métropolitain.

*Cet objectif rejoint l'axe stratégique du Pôle Métropolitain sur l'attractivité du territoire.*

#### Actions à engager

- G1. Créer et diffuser avec les EPCI et les partenaires du programme santé, les outils de communication à destination des futurs professionnels de santé sur l'attractivité du territoire.
- G2. Organiser des réunions semestrielles à l'attention des internes de médecine.
- G3. Participer à des salons étudiants et professionnels pour présenter les atouts du territoire.

#### Actions à soutenir

- Soutenir les institutions et acteurs du territoire participant à des salons professionnels (documents de communication) (G3).
- En lien avec l'ARS, les facultés de médecine de Lille et d'Amiens et les instituts et écoles de santé, soutenir les professionnels de santé souhaitant devenir maîtres de stage (G2).

## Axe prioritaire 3

### Renforcer et améliorer l'offre de prévention

# 8 Développer les ressources en prévention pour les acteurs de terrain et la population dans les territoires

Le développement continu et dans la durée des ressources en prévention et leur accessibilité enrichissent les programmes et actions de santé.

Le Dispositif régional de soutien (DRS), financé par l'ARS et animé par l'Ireps Hauts-de-France met à disposition une offre de parcours de formations thématiques et à l'ingénierie de projets dont bénéficient les acteurs de terrain, professionnels comme bénévoles ainsi que les personnes-relais.

Le recensement et la connaissance des acteurs sont à la base des partenariats. L'annuaire de la Plateforme Santé Douaisis, étendu à l'ensemble du Pôle Métropolitain ou la base de données qui sera constituée en 2021 par le DRS en sont des outils. La connaissance mutuelle et la collaboration s'organisent pour être opérationnelles.

L'identification des personnes-relais nécessite une bonne connaissance du terrain afin de mobiliser les habitants. Un travail de réseau est à accomplir en s'appuyant sur les acteurs de santé, mais aussi de l'éducation populaire ou de la politique de la Ville. Ces personnes-relais peuvent être des citoyens engagés, ou les adultes-relais-médiateurs-santé œuvrant dans les quartiers prioritaires.

Leur mobilisation demande cependant à être coordonnée localement pour perdurer dans le temps.

Enfin, un travail est à construire avec les professionnels de santé et les personnes-relais pour diffuser largement des messages de prévention.

#### Actions à engager

• H1. Identifier les acteurs de terrain en prévention.

• H2. Engager les acteurs à se former *via* les dispositifs de formation existant.

H3. Identifier, former et coordonner les personnes-relais.

• H4. Identifier les différents canaux de diffusion des messages de prévention.

• H5. Sélectionner les messages de prévention santé et assurer leur diffusion par différents canaux.

• H6. Faciliter l'organisation d'une offre documentaire en prévention et santé publique.

#### Actions à soutenir

• La mise à l'échelle du territoire de l'annuaire des acteurs construit par la Plateforme santé Douaisis est encouragée (H1).

• La création de la base de données du DRS est soutenue (H1).

## Axe prioritaire 3

### Renforcer et améliorer l'offre de prévention

# 9

#### Créer et soutenir des actions favorisant la pratique de l'activité physique et promouvant une alimentation saine

Une stratégie efficace en matière d'activité physique et d'alimentation combine des interventions agissant sur les personnes, les organisations, les environnements. Elle est mise en œuvre dans les milieux de vie : école, entreprise, hôpital.

Elle est particulièrement efficace quand elle est relayée par une communication lisible et encourageant l'utilisation de moyens de proximité pour l'activité physique (les escaliers) ou l'alimentation (circuits courts).

La plateforme de coopération et d'échange de pratiques (objectif 2) permet le partage d'actions déjà menées dans le territoire et leur éventuel réplique à l'ensemble des EPCI.

Les intercommunalités du Pôle Métropolitain peuvent aussi tirer bénéfice de l'implantation de projets alimentaires territoriaux.

Les modifications apportées à l'environnement aident à mieux ancrer les comportements favorables à la santé. Un schéma métropolitain promouvant les mobilités douces donne un sens politique majeur, et pour la santé, et pour l'aménagement du territoire.

L'augmentation de la pratique sportive est possible par l'élargissement des plages d'ouverture des équipements sportifs existant et par l'implantation de nouveaux produits. Par exemple, les maisons sport santé permettent à des personnes n'en faisant plus ou à des

#### Actions à engager

- I1. Élaborer en lien avec les EPCI un schéma métropolitain des mobilités douces.

- I2. Faire la promotion de dispositifs validés agissant dans les milieux de vie pour augmenter l'activité physique et le recours à une alimentation de qualité (*École promotrice de santé, Icaps, Entreprise en santé, Hôpital promoteur de santé...*)

- I3. Inciter *via* la plateforme de coopération et d'échange les EPCI et les communes à déployer des dispositifs et actions validés.

- I4. Communiquer largement auprès de la population sur les bienfaits de l'activité physique et d'une alimentation de qualité.

#### Actions à soutenir

- Les actions thématiques retenues dans les EPCI par les contrats locaux de santé, les ateliers santé ville, les projets alimentaires territoriaux (I2).

- Les organismes mettant en œuvre des dispositifs ou actions validés (I2).

- Les structures répondant à l'appel à projet de l'ARS sur la création de maison sport santé (I2).

patients la reprise d'une activité physique dans un contexte sécurisé et adapté. Enfin, la pratique d'une activité physique et l'accès à une alimentation de qualité sont fortement corrélés aux revenus. Des aides financières accordées aux populations défavorisées ont démontré leur efficacité.

*Cette proposition rejoint l'action figurant dans la feuille de route du Pôle Métropolitain : Promouvoir la mobilité douce.*

## Axe prioritaire 3

### Renforcer et améliorer l'offre de prévention

# 10

## Créer et soutenir des actions visant à réduire les risques liés aux consommations de tabac et d'alcool

Les stratégies probantes sont clairement identifiées pour réduire les risques liés aux consommations d'alcool et de tabac.

*L'information des publics sur les conséquences du tabagisme* augmente le niveau d'information et promeut les services d'aide à l'arrêt du tabac. Elle est menée conjointement aux autres stratégies, et non de manière isolée, et doit perdurer dans le temps.

*La désignation et mobilisation des corps de contrôle pour le respect des législations en vigueur* est une condition importante pour maintenir l'interdiction de fumer ou de boire de l'alcool dans les lieux publics et de vente aux mineurs.

*Les programmes et interventions scolaires* sont efficaces uniquement dans un programme de prévention global et si ils sont combinés à des campagnes médiatiques. Ils impliquent nécessairement les parents et la communauté éducative.

*Les programmes d'aide à l'arrêt pour les jeunes* sont efficaces en milieu scolaire avec entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales et conseil individuel.

*Les thérapies cognitivo-comportementales et médicamenteuses* sont à destination des gros buveurs pour traiter les troubles et réduire la consommation excessive d'alcool.

#### Actions à engager

- J1. Inciter *via* la plateforme de coopération et d'échange les EPCI et les communes à déployer des dispositifs et actions validés.
- J2. Élaborer avec les EPCI un plan média permanent sur les dispositifs d'aide pour réduire les consommations d'alcool et de tabac.
- J3. Inciter les actions en milieu scolaire ou en entreprises à répondre aux enjeux des stratégies probantes, incluant les programmes d'aide à l'arrêt.

#### Actions à soutenir

- J1. J2. Les actions thématiques retenues dans les EPCI par les CLS, ASV, PAT (J1, J2)
- Les organismes mettant en œuvre des dispositifs ou actions validés (J1. J2. J3).
- Les actions du Moi(s) sans tabac réalisées par Hauts-de-France Addiction) (J1)

*Les programmes de repérage précoce et d'intervention brève (RPIB), uniquement mis en place par des professionnels de santé après formation, réduisent dans certaines conditions la consommation d'alcool, la morbidité et la mortalité liées à l'alcool.*

*Les interventions dites communautaires menées par des groupes de partenaires renforcent les autres stratégies. Le programme *Moi(s) sans tabac* s'inscrit dans cette stratégie.*

## Axe prioritaire 3

### Renforcer et améliorer l'offre de prévention

# 11

#### **Créer et soutenir des actions visant à adapter les milieux de vie pour les personnes âgées et en perte d'autonomie**

L'adaptation de la société au vieillissement de la population est une préoccupation des pouvoirs publics. L'Union européenne en a fait un axe de recherche et d'intervention fort que décline en France la loi éponyme de décembre 2015.

La population des territoires de Pôle Métropolitain est en cours de vieillissement. Il convient d'en anticiper les conséquences pour répondre le mieux possible aux attentes des personnes en matière de logement, de transports, de vie sociale et citoyenne, d'accompagnement. La loi donne la priorité à l'accompagnement à domicile afin que les personnes âgées puissent vieillir chez elles dans de bonnes conditions.

La loi reconnaît le proche aidant et ses droits, dont le droit au répit.

Dans les départements, la conférence des financeurs appuie à la fois des actions collectives de prévention et de lutte contre l'isolement et des aides individuelles

#### **Actions à engager**

- K1. Réfléchir au développement de la Silver économie en promouvant l'inclusion des personnes âgées.
- K2. Réaliser un catalogue partagé des aides techniques (Communes, EPCI, Carsat...) pour améliorer leur lisibilité auprès des professionnels et des populations.
- K3. Renforcer les compétences des professionnels intervenant à domicile au repérage de l'isolement, de la fragilité des personnes âgées et de leurs aidants.
- K4. Favoriser le partage des pratiques entre pairs aidants.
- K5. Étudier l'opportunité d'une labellisation des opérateurs et des entreprises/artisans afin de faciliter les démarches et assurer une qualité des prestations.

#### **Actions à soutenir**

- Les actions thématiques retenues par les CLS (K4)
- L'action des collectivités contre le mal-logement et la précarité énergétique (K2)
- Les organismes mettant en œuvre des dispositifs et actions validés (Carsat, MSA, mutuelles...) (K2, K3)

pour faciliter l'accès aux aides techniques pour les personnes âgées à revenus modestes.

L'action du Pôle Métropolitain vient en soutien des interventions des acteurs que sont les départements, les conférences des financeurs, la Carsat...

*Cette proposition d'actions rejoint l'axe stratégique du Pôle Métropolitain sur l'attractivité territoriale et l'action Soutenir les territoires qui luttent contre le mal-logement.*

# ANNEXES

## Le programme opérationnel : tableau synthétique

### Axe prioritaire 1 : Créer une synergie et une mobilisation territoriale

Objectif spécifique 1	Mettre en œuvre une gouvernance territoriale partagée du programme santé du Pôle Métropolitain
Objectif spécifique 2	Mobiliser les acteurs partie prenante de l'amélioration de la santé des populations
Objectif spécifique 3	Communiquer sur le programme santé du Pôle Métropolitain et les programmes ou actions santé des EPCI

### Axe prioritaire 2 : Soutenir l'offre de soins

Objectif spécifique 4	Organiser un plan d'action de coopération entre les deux groupements hospitaliers de territoire (GHT) pour favoriser les parcours patients au sein du Pôle Métropolitain pour les filières cancérologie et maladies cardio-vasculaires
Objectif spécifique 5	Mettre sur pied un dispositif de recherche-action sur l'utilisation de l'intelligence artificielle dans l'organisation des parcours de soins
Objectif spécifique 6	Élaborer un schéma stratégique partenarial pour assurer la couverture du territoire en maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), centres et santé et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)
Objectif spécifique 7	Co-construire une politique d'attractivité du territoire de façon à faciliter l'installation de médecins généralistes et de professionnels de la santé

### Axe prioritaire 3 : Renforcer et améliorer l'offre de prévention

Objectif spécifique 8	Développer les ressources en prévention pour les acteurs de terrain et la population dans les territoires
Objectif spécifique 9	Créer et soutenir des actions favorisant l'activité physique et promouvant une alimentation saine
Objectif spécifique 10	Créer et soutenir des actions visant à réduire les risques liés aux consommations de tabac et d'alcool
Objectif spécifique 11	Créer et soutenir des actions visant à adapter les milieux de vie pour les personnes âgées et en perte d'autonomie

## Axe prioritaire 1 : Créer une synergie et une mobilisation territoriale

<b>Objectif spécifique 1</b>	<b>Mettre en œuvre une gouvernance territoriale partagée du programme santé du Pôle Métropolitain</b>
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les membres du Pôle Métropolitain sont partie prenante du programme santé et y concourent.</li> <li>- La supervision, la coordination, le suivi et l'évaluation du programme santé sont assurés par le Pôle Métropolitain. Les résultats sont partagés et diffusés au sein du Pôle Métropolitain et auprès des partenaires et opérateurs.</li> <li>- La participation active des citoyens est organisée.</li> </ul>
<b>Objectif spécifique 2</b>	<b>Mobiliser les acteurs parties prenantes de l'amélioration de la santé des populations</b>
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'ensemble des parties prenantes (institutions, professionnels, associations...) a connaissance du programme santé conduit par le Pôle Métropolitain.</li> <li>- Les parties prenantes intéressées sont invitées à s'associer et à participer concrètement au programme santé. Ils seront les opérateurs du programme santé.</li> <li>- La mobilisation des parties prenantes est réelle pour toute la durée du programme.</li> <li>- Sous l'égide du PM Artois Douaisis, un partage d'ingénierie, de compétences, de bonnes pratiques est organisé vers les intercommunalités du Pôle Métropolitain à partir des dispositifs existants (Contrat local de santé, Atelier santé ville, projet alimentaire territorial...) afin de mettre en œuvre un socle d'actions minimal sur tous les territoires du Pôle Métropolitain.</li> </ul>
<b>Objectif spécifique 3</b>	<b>Communiquer sur le programme santé du Pôle Métropolitain et les programmes ou actions santé des EPCI</b>
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le PM Artois Douaisis affirme que la santé est l'une des priorités du territoire.</li> <li>- La population a connaissance du programme santé du PM Artois Douaisis et des programmes et actions réalisées dans les EPCI.</li> <li>- Une communication régulière sur les actions menées et leurs résultats est diffusée à la population.</li> </ul>

## Axe prioritaire 2 : Soutenir l'offre de soins

<b>Objectif spécifique 4</b>	<b>Organiser un plan d'action de coopération entre les deux GHT pour favoriser les parcours patients au sein du Pôle Métropolitain pour les filières cancérologie et maladies cardio-vasculaires</b>
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La coopération entre le GHT de l'Artois-Ternois et le GHT du Douaisis est effective.</li> <li>- Pour les filières cancers et maladies cardio-vasculaires, les parcours de soins des patients sont fluidifiés entre les GHT et avec la médecine de ville.</li> <li>- La qualité des soins est améliorée.</li> </ul>
<b>Objectif spécifique 5</b>	<b>Mettre sur pied un dispositif de recherche-action sur l'utilisation de l'intelligence artificielle dans l'organisation des parcours de soins</b>
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une équipe de recherche-action est montée entre les deux GHT pour élaborer une stratégie visant à utiliser l'intelligence artificielle dans la connaissance et l'amélioration des parcours de soins.</li> <li>- Les résultats analysés permettent d'augmenter l'efficacité des parcours entre les deux GHT ainsi qu'avec les cliniques privées du territoire, voire avec l'offre hospitalière hors territoire.</li> </ul>
<b>Objectif spécifique 6</b>	<b>Élaborer un schéma stratégique partenarial pour assurer la couverture du territoire en maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), centres de santé et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)</b>
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une instance de concertation réunie le PM, les EPCI, les unions régionales des professionnels de santé (URPS), les professionnels libéraux du territoire...</li> <li>- Le schéma partenarial des MSP, centres de santé et CPTS est élaboré et validé par le PM Artois Douaisis, les EPCI, les URPS et les professionnels. Il prévoit : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ le développement des MSP et centres de santé de façon à couvrir au moins 50 % de la population du territoire.</li> <li>▪ la mise en œuvre de CPTS de façon à ce que l'ensemble du territoire du PM soit couvert par des CPTS.</li> </ul> </li> </ul>

<b>Objectif spécifique 7</b>	<b>Co-construire une politique d'attractivité du territoire de façon à faciliter l'installation de médecins généralistes et de professionnels de la santé</b>
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le Pôle Métropolitain et ses EPCI membres ont développé des outils présentant les atouts (économie, transport, culture, tourisme, innovation...) de leur territoire.</li> <li>- La communication diffusée aux internes de médecine et aux autres étudiants en santé les sensibilise aux atouts des territoires du Pôle Métropolitain et ils envisagent s'y installer.</li> <li>- De nombreux professionnels de santé deviennent maîtres de stage.</li> </ul>



### Axe prioritaire 3 : Renforcer et améliorer l'offre de prévention

<b>Objectif spécifique 8</b>	<b>Développer les ressources en prévention pour les acteurs de terrain et la population dans les territoires</b>
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les acteurs de terrain ont renforcé leurs compétences en participant à des formations, échanges de pratiques sur la méthodologie de projet, l'activité physique et la nutrition, les addictions.</li> <li>- Les acteurs de terrain se connaissent et collaborent entre eux.</li> <li>- Des habitants-relais sont formés et agissent dans leur milieu de vie sur les thématiques activités physique, alimentation et addictions.</li> <li>- Des personnes-relais, leaders d'opinion, sont formées et diffusent des messages validés sur les thématiques choisies.</li> <li>- Des messages de prévention validés sont accessibles par divers canaux dans le territoire.</li> <li>- Des formations sur les compétences psychosociales sont organisées pour la population.</li> </ul>
<b>Objectif spécifique 9</b>	<b>Créer et soutenir des actions favorisant la pratique de l'activité physique et promouvant une alimentation saine</b>
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les actions déjà menées sur les deux thématiques dans les territoires (CLS ou autres) sont valorisées et étendues à d'autres territoires.</li> <li>- L'implication des différents secteurs régulant l'offre alimentaire et l'activité physique, l'offre de soins, l'éducation, la formation, l'organisation des espaces, les transports est effective et leur coordination réalisée.</li> <li>- Un schéma des mobilités douces ou des déplacements actifs (marche à pied, cyclisme) est élaboré dans le territoire, prenant en compte la réalité urbaine et la réalité rurale.</li> <li>- De nouvelles actions combinant à la fois l'activité physique et le choix d'une alimentation saine sont implantées dans les milieux de vie (écoles, entreprises, administrations, familles...)</li> <li>- Des dispositifs financiers prennent en compte la précarité financière nuisant à l'accès à l'activité physique et à une alimentation saine.</li> <li>- Une étude de faisabilité est engagée sur l'implantation de Maisons sport santé et des réponses à l'appel à projets de l'ARS sont planifiées.</li> </ul>

<b>Objectif spécifique 10</b>	<b>Créer et soutenir des actions visant à réduire les risques liés aux consommations de tabac et d'alcool</b>
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La connaissance de la population est renforcée sur les risques liés à l'alcool et au tabac.</li> <li>- Les établissements scolaires, entreprises, hôpitaux et milieux de vie en général mettent en place des actions, notamment sur l'aide à l'arrêt du tabac.</li> </ul>
<b>Objectif spécifique 11</b>	<b>- Créer et soutenir des actions visant à adapter les milieux de vie pour les personnes âgées et en perte d'autonomie</b>
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La Silver économie est intégrée dans la réflexion sur l'attractivité économique du territoire.</li> <li>- Les aides techniques venant en appui à l'aménagement des habitations sont connues de la population et utilisées.</li> <li>- Des structures d'aide aux personnes et de prestations de services (artisans...) sont labélisées pour faciliter leur visibilité. Elles s'engagent dans une démarche qualité et de responsabilité sociétale.</li> <li>- Les professionnels savent reconnaître les personnes isolées et agissent en conséquences.</li> </ul>

## Description des dispositifs cités

### **Atelier santé ville**

**Définition<sup>1</sup>.** L'atelier santé ville (ASV) constitue une démarche d'ingénierie de projets, de coordination d'acteurs et de programmation d'actions de santé au service de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Elle s'applique dans un cadre partenarial au profit des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville, selon les termes de la circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des ateliers santé ville dans le volet santé des contrats de ville (2000-2006).

### **Présence sur le territoire du Pôle Métropolitain**

- CA Douaisis Agglo et CC Cœur d'Ostrevent, ateliers portés par la Plateforme santé du Douaisis
- CU d'Arras

### **Contrat local de santé – CLS**

**Définition<sup>2</sup>.** Le contrat local de santé (CLS) est un outil porté conjointement par l'agence régionale de santé et une collectivité territoriale pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. Il est l'expression des dynamiques locales partagées entre acteurs et partenaires sur le terrain pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations. Les caractéristiques des contrats locaux de santé sont : une stratégie et des objectifs définis en commun ; un programme d'actions pluriannuel co-construit à partir des besoins locaux et un suivi de la mise en œuvre et une évaluation des résultats conjoints. L'objectif est de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et de mettre en œuvre des solutions pour une offre de santé de proximité.

### **Présence sur le territoire du Pôle Métropolitain**

- CU d'Arras
- CC du Sud-Artois
- En projet dans la CC Cœur d'Ostrevent

Par ailleurs, le SCoT Grand Douaisis a élaboré un schéma santé pour le Grand Douaisis.

### **Conseil local de santé mentale – CLSM**

**Définition<sup>3</sup>.** Un CLSM est un espace de concertation et de coordination entre les élus, la psychiatrie, les représentants des usagers, les aidants et l'ensemble des professionnels du territoire. Il a pour objectif de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées.

---

<sup>1</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste\\_20120004\\_0100\\_0097.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste_20120004_0100_0097.pdf)

<sup>2</sup> <https://www.ars.sante.fr/les-contrats-locaux-de-sante>

<sup>3</sup> <http://clsm-ccoms.org/les-conseils-locaux-de-sante-mentale/>

Le CLSM permet une approche locale et participative concernant la prévention et le parcours de soins, il associe les acteurs sanitaires et sociaux et toute personne intéressée du territoire et définit des objectifs stratégiques et opérationnels.

### **Présence sur le territoire du Pôle Métropolitain**

- Sur les deux intercommunalités Douaisis Agglo et CC Cœur d'Ostrevent, porté par la Plateforme santé du Douaisis
- CU d'Arras

### **Projet alimentaire territorial - PAT**

**Définition<sup>4</sup>.** Les projets alimentaires territoriaux (PAT) ont pour objectif de relocaliser l'agriculture et l'alimentation dans les territoires en soutenant l'installation d'agriculteurs, les circuits courts ou les produits locaux dans les cantines. Issus de la Loi d'avenir pour l'agriculture qui encourage leur développement depuis 2014, ils sont élaborés de manière collective à l'initiative des acteurs d'un territoire (collectivités, entreprises agricoles et agroalimentaires, artisans, citoyens etc.).

### **Présence sur le territoire du Pôle Métropolitain <sup>5</sup>**

- CA Douaisis Agglo (labellisé)
- CC Sud Artois

La CC Cœur d'Ostrevent a adopté des mesures proches d'un PAT en favorisant les circuits courts ou bio. Des actions sont mises en place dans le cadre de la politique de la ville sur l'alimentation (manger équilibré, petit-déjeuner, ateliers alimentation activités physiques), dans les écoles notamment.

### **Espace ressources cancer - ECR**

**Définition<sup>6</sup>.** Les Espaces Ressources Cancer (ERC) ont été créés en 2008 afin de répondre aux mesures du Plan cancer relatives à l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de cancers et plus spécifiquement aux besoins d'information, de soutien et d'accompagnement. Les ERC sont un dispositif cofinancé par l'ARS et le Conseil régional Hauts-de-France. Ces structures de proximité ont pour mission de coordonner le parcours de soins oncologiques de support en ville et de proposer des consultations et des prestations de soins de support adaptées aux besoins des malades atteints de cancers au plus proche de leur domicile.

### **Présence sur le territoire du Pôle Métropolitain**

La Plateforme santé du Douaisis en a fait état lors de l'entretien. Elle mentionne des dispositifs de soins de supports en cancérologie, accompagnement individuel et collectif des personnes et de leurs proches avec des soins supports (socio-esthétisme, aide psychologique, conseils diététiques, activités physiques, sophrologie...). La Plateforme Santé Douai-

---

<sup>4</sup> <https://agriculture.gouv.fr/quest-ce-quun-projet-alimentaire-territorial>

<sup>5</sup> <https://rnpat.fr/reseaux/hauts-de-france/>

<sup>6</sup> <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/espace-ressources-cancers-2019-erc>

sis estime que ce dispositif pourrait être étendu (antenne) avec un financement prenant en compte une personne en charge de la mise en œuvre et du suivi du dispositif.

### **Le zonage de la médecine libérale par l'ARS**

L'agence régionale de santé a modifié le 1<sup>er</sup> janvier 2020 le « zonage médecins généralistes » existant, en créant un nouveau type de zones « d'accompagnement régional » (ZAR).

Ce zonage s'ajoute aux deux autres types de territoires règlementairement prévus dans le zonage : les zones d'intervention prioritaire (ZIP) et les zones d'action complémentaire (ZAC). L'identification de ces nouveaux territoires a fait l'objet de nombreux échanges avec les représentants des médecins. Une attention particulière a notamment été portée sur les territoires limitrophes de la région, ainsi que sur les territoires dont seuls les quartiers prioritaires de la politique de la ville étaient jusqu'alors éligibles.

Cette nouvelle classification des territoires en trois catégories (ZIP, ZAC, ZAR), selon leurs besoins en professionnels de santé et les caractéristiques sanitaires et sociales de la population, permet une meilleure couverture du territoire.

L'ARS a aussi décidé de créer et de financer de nouvelles mesures d'accompagnement pour l'installation et le maintien des médecins dans les ZAC et dans les nouvelles ZAR :

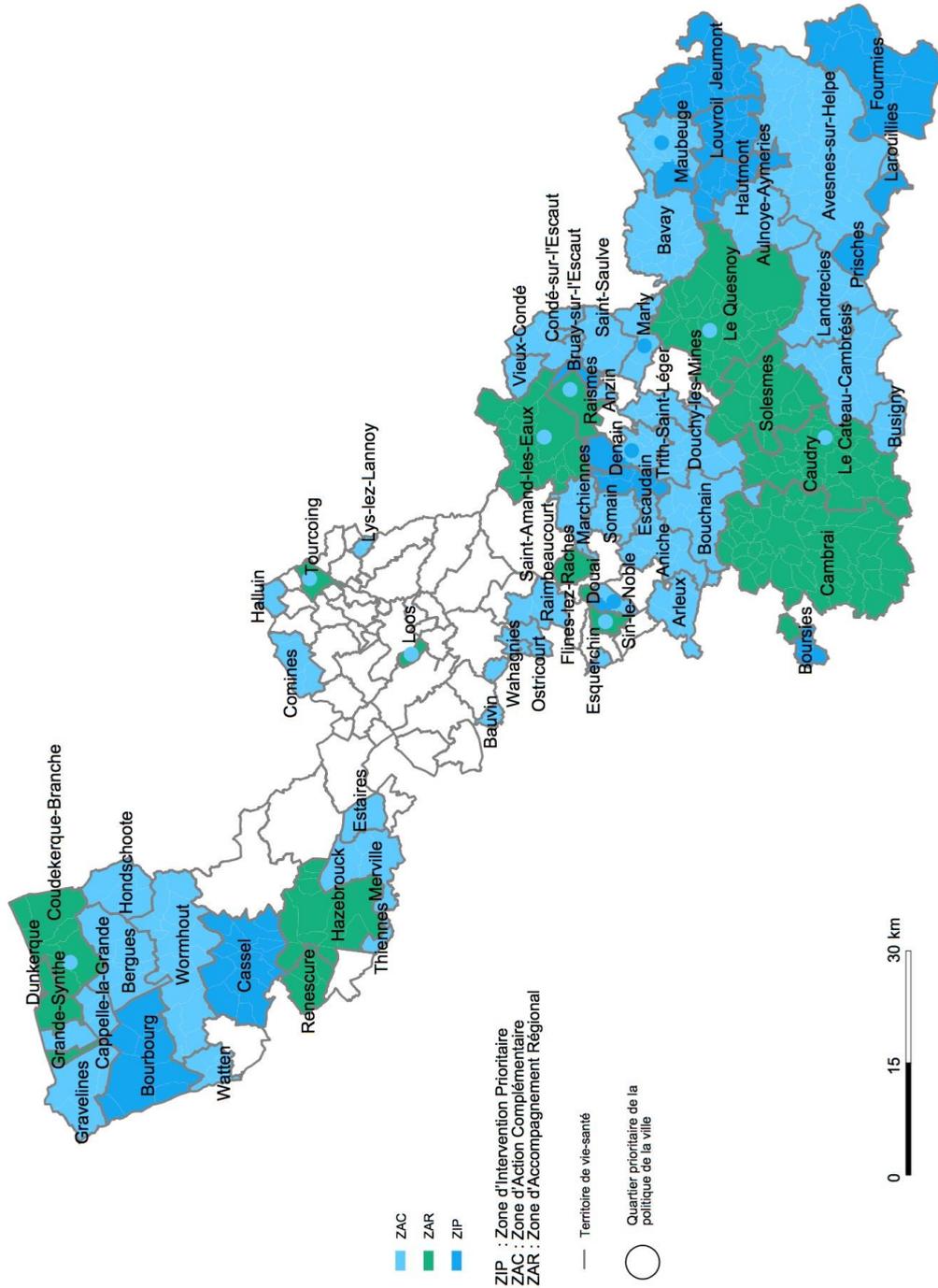
- une aide financière de 50 000 € versée dès l'installation du professionnel, pour faire face aux frais générés par le début d'activité ;
- une rémunération garantie de 6 900 € brut par mois pendant 2 ans pour les primo-installations, assortie d'une garantie assurantielle en cas de congés maternité et d'arrêt maladie ;
- une aide de 5 000 € par an sur 3 ans pour favoriser le maintien en exercice des médecins impliqués dans des démarches de prise en charge coordonnée.

Avec la création de ces trois nouvelles aides financées par l'ARS pour les ZAC et les ZAR, l'ensemble des zones (ZIP, ZAC et ZAR) est désormais éligible aux principales aides à l'installation et au maintien des médecins généralistes. Les ZIP conservent l'exclusivité des exonérations fiscales.

### **Présence sur le territoire Pôle Métropolitain**

L'ensemble des communes du territoire du Pôle Métropolitain appartient en tout ou partie à l'un de ces zonages.

# Zonage médecins généralistes Nord



Source : ARS/DOS/DST/Observations&Etudes/DV/LP/Décembre 2019





## **Maison de santé pluriprofessionnelle - MSP**

**Définition**<sup>7</sup>. Les maisons de santé sont des structures pluri professionnelles dotées de la personnalité morale et constituées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

Les professionnels de santé exerçant en leur sein (essentiellement des professionnels libéraux) doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné. Les maisons de santé sont appelées à conclure avec l'agence régionale de santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens préalablement à tout versement d'une aide financière par l'agence.

### **Présence sur le territoire du Pôle Métropolitain**

- Bapaume (CC du Sud-Artois)
- Baralle (CC Osartis Marquion)
- Croisilles (CC du Sud-Artois)
- Mercatel (CU d'Arras)
- Sainte-Catherine (CU d'Arras)
  
- Aniche (CC Cœur d'Ostrevent)
- Dechy (Douaisis Agglo)
- Faubourg de Douai (Douaisis Agglo)
- Jules Ferry – Douai (Douaisis Agglo)
- Sin le Noble (Douaisis Agglo)
- Somain (CC Cœur d'Ostrevent)

## **Communauté professionnelle territoriale de santé - CPTS**

**Définition**<sup>8</sup>. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) désignent une organisation territoriale pensée par les professionnels de santé d'un territoire afin de s'unir pour renforcer leur coordination et améliorer la prise en charge de la population de leur territoire. Elles associent des professionnels de santé de toute spécialité, du premier et du second recours, exerçant en structures d'exercice coordonné (maisons et centres de santé), en cabinets de groupe ou individuel, à l'hôpital ou encore en établissements médico-sociaux.

À travers ce modèle d'organisation, les professionnels de santé s'impliquent non plus seulement dans la prise en charge de leur patientèle mais aussi dans une démarche plus large au service de la population du territoire et des enjeux de santé locaux. Dans la pratique, les CPTS permettent notamment une meilleure continuité des soins pour le patient, la mise en place d'organisations pour améliorer l'accès aux soins, la prise en charge des soins non programmés, le développement d'actions de prévention, l'accompagnement

---

<sup>7</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>

<sup>8</sup> <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-communautés-professionnelles-territoriales-de-santé-cpts-2>

dans l'installation de nouveaux professionnels de santé, ou encore une meilleure orientation des patients vers un médecin traitant.

Ces communautés résultent donc de la volonté des professionnels d'un territoire de s'organiser entre eux. L'émergence des CPTS, le périmètre géographique, les modalités de coordination et le projet de santé local sont à l'initiative des professionnels selon les particularités et enjeux du territoire.

### Présence sur le territoire du Pôle Métropolitain <sup>9</sup>.

- Opérationnelles
  - o **CPTS Grand Douai**, communes : **Arleux** (CA Douaisis Agglo), **Auby** (CA Douaisis Agglo), **Cantin** (CA Douaisis Agglo), **Courchelettes** (CA Douaisis Agglo), **Cuincy** (CA Douaisis Agglo), **Dechy** (CA Douaisis Agglo), **Douai** (CA Douaisis Agglo), **Esquerchin** (CA Douaisis Agglo), **Estrées** (CA Douaisis Agglo), **Férin** (CA Douaisis Agglo), **Flers-en-Escrebieux** (CA Douaisis Agglo), **Goeulzin** (CA Douaisis Agglo), **Guesnain** (CA Douaisis Agglo), **Hamel** (CA Douaisis Agglo), **Lambres-lez-Douai** (CA Douaisis Agglo), **Lauwin-Planque** (CA Douaisis Agglo), **Lécluse** (CA Douaisis Agglo), **Montigny-en-Ostrevent** (CC Cœur d'Ostrevent), **Roost-Warendin** (CA Douaisis Agglo), **Sin-le-Noble** (CA Douaisis Agglo) **et Waziers** (CA Douaisis Agglo).
  - o **CPTS Pévèle du Douaisis**, communes : Aix-en-Pévèle, **Anhiers** (CA Douaisis Agglo), Auchy-lez-Orchies, Beuvry-la-Forêt, Bouvignies, Coutiches, **Faumont** (CA Douaisis Agglo), **Flines-lez-Raches** (CA Douaisis Agglo), Landas, Nomain, Orchies, **Râches** (CA Douaisis Agglo), **Raimbecourt** (CA Douaisis Agglo) et **Saméon**.
- Dynamique identifiée / en cours de constitution :
  - o Bapaume (CC du Sud-Artois)
  - o Aniche (CC Cœur d'Ostrevent)
  - o Waziers (CA Douaisis Agglo)

### Maisons Sport-Santé

**Définition**<sup>10</sup>. Ces établissements sont destinés à accompagner les personnes souhaitant débiter ou reprendre une activité physique et sportive pour leur santé et leur bien-être. L'originalité des Maisons Sport-Santé réside dans la collaboration étroite entre professionnels du sport et de la santé pour offrir un suivi personnalisé et sur mesure prenant en compte l'âge, l'état de santé et le niveau de la personne à accompagner.

### Présence sur le territoire du Pôle Métropolitain

---

<sup>9</sup> <https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/consulter-la-carte-des-cpts-et-projets-de-cpts-en-hauts-de-france?parent=11817&rubrique=11814>

<sup>10</sup> <https://www.sports.gouv.fr/accueil-du-site/actualites/article/les-premieres-maisons-sport-sante-sont-desormais-connu>

Aucune structure n'est recensée sur le territoire. Dans les Hauts-de-France, il en existe une dans l'Aisne (Hôpital Villiers-Saint-Denis), trois dans le Nord (SantelysParc Eurasanté à Loos ; Dk pulse20 à Cappelle-la-Grande ; et Ville de Dunkerque / Complexe des Stades de Flandres), deux dans le Pas-de-Calais (Ufolep - Maison des Sports à Angres ; PAS APA Maison du Sport-Santé sur ordonnance à Eperlecques) et deux dans la Somme (Ufolep à Amiens ; OSAM - Office des Sports d'Amiens Métropole à Amiens).

### **Hôpital hors les murs**

**Définition<sup>11</sup>.** Le centre Hospitalier de Douai développe un modèle d'hôpital « hors les murs » centré sur des valeurs humanistes. Cette démarche innovante vise à rassembler et fédérer communauté hospitalière et professionnels de santé de ville de 1<sup>er</sup> recours autour d'un même objectif : la santé et le bien-être de sa population.

Le CH de Douai a ainsi mis en place une **équipe mobile de santé publique** sur le territoire du GHT (Douai et Somain) composée de deux infirmières libérales qui se déplacent sur les communes du Douaisis. Cette équipe anime des ateliers santé, explique le circuit de soins, la prise en charge. Cela permet de mettre en confiance les usagers et de les réadresser vers les professionnels de santé de ville lorsque cela est nécessaire. Le partenariat avec les associations de quartiers permet de toucher une large population.

### **Présence sur le territoire du Pôle Métropolitain**

Aire d'intervention du GHT du Douaisis.

### **Autres dispositifs cités**

#### **Silver économie**

**Définition<sup>12</sup>.** Le ministère de l'Economie et des Finances et le ministère des Affaires sociales et de la Santé ont signé en 2013 un contrat de filière pour la silver économie. Objectif : structurer ce secteur en une vraie filière industrielle et créer un écosystème national et régional pour faire émerger un grand marché et favoriser l'essor de l'industrie française.

De nombreux secteurs sont en effet concernés par cette tendance et peuvent proposer des produits adaptés aux plus âgés, notamment :

- la santé : soins à domicile, médecine à distance, nutrition, objets de santé connectés... ;
- la sécurité et l'autonomie : téléassistance, détecteurs... ;
- l'habitat : logements adaptés, domotique... ;
- les services : services à la personne, aide ménagère, prévoyance... ;
- les loisirs : tourisme, sport, jeux... ;
- la communication : téléphones mobiles, tablettes, Internet... ;
- les transports : aides à la mobilité, transports adaptés...

---

<sup>11</sup> <https://www.ch-douai.fr/notre-etablissement/actualites/lhopital-hors-les-murs/>

<sup>12</sup> <https://www.economie.gouv.fr/entreprises/silver-economie-definition>

## **École promotrice de santé**

**Définition**<sup>13</sup>. La démarche École promotrice de santé s'adosse à la définition de la santé de l'OMS de 1946 : *état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.*

Elle s'inscrit plus globalement dans le concept « *One Health, une seule santé humaine, animale et environnementale* » introduit à partir des années 2000 par l'Organisation des Nations unies (ONU).

Démarche positive et dynamique, l'École promotrice de santé a pour enjeu de valoriser les actions et projets déjà mis en œuvre dans le cadre du parcours éducatif de santé en les fédérant dans le projet d'école ou d'établissement. Dès le plus jeune âge des élèves, les écoles, les collèges et les lycées inscrivent la démarche dans un continuum éducatif qui articule les projets de prévention et les activités pédagogiques.

Cette approche globale positive et intégrée est mise au service du développement d'une culture commune autour de la promotion de la santé.

Elle rend visible et permet de coordonner ce qui rassemble autour de la santé et du bien-être de tous dans un établissement d'enseignement scolaire.

En Hauts-de-France, le dispositif financé par l'Union européenne, l'ARS Picardie et la région Picardie a pris le nom d'École 21. Il alliait promotion de la santé et développement durable. Une trentaine de collèges et lycées ont été labellisés avant l'abandon du projet en 2017 suite à la fusion des régions.

## **Hôpital promoteur de santé**

**Définition**<sup>14</sup>. Le mouvement des « Hôpitaux promoteurs de santé » de l'OMS s'efforce d'intégrer les concepts, valeurs, stratégies, normes et indicateurs de promotion de la santé dans la structure organisationnelle et la culture de l'hôpital ou du service de santé. Son objectif est d'améliorer la santé en améliorant la qualité des soins, l'accueil et les conditions de vie à l'hôpital, ainsi que les relations entre les hôpitaux ou services de santé, la collectivité et les milieux de vie.

L'hôpital promoteur de santé étend ainsi ses responsabilités au-delà des frontières étroites des épisodes cliniques et coopère avec la communauté pour promouvoir une approche globale de la santé à travers les politiques et les actions de promotion de la santé développées en direction des usagers, des personnels, de la communauté et de l'environnement du lieu de santé.

Les hôpitaux promoteurs de santé sont implantés en Nouvelle Aquitaine et Pays de la Loire.

## **Entreprises en santé**

---

<sup>13</sup> <https://eduscol.education.fr/2063/je-souhaite-m-engager-dans-la-demarche-ecole-promotrice-de-sante>

<sup>14</sup> <https://www.reseau-lsps.org/le-reseau-francais-lsps/>

**Définition**<sup>15</sup>. La norme québécoise "Entreprise en santé" (BNQ 9700-800/2008) est sans aucun doute un des textes de référence les plus élaborés et les plus efficaces pour toutes les entreprises qui veulent mettre en œuvre une stratégie de santé et bien-être au travail. Elle est relayée en France par l'Afnor. Elle indique comment obtenir l'engagement de la direction, réunir les équipes autour d'un but commun et identifier les besoins de l'organisation. La norme traite ensuite de la planification et de la mise en œuvre des stratégies et des interventions, ainsi que leurs évaluations. La santé et le bien-être dans l'entreprise sont des enjeux d'avenir et la mise en œuvre de la norme peut aboutir très vite à des bénéfices substantiels : satisfaction accrue du personnel, meilleure rétention et attraction de la main-d'œuvre, amélioration de la productivité, réduction de l'absentéisme, grâce à un investissement au niveau des ressources humaines et au niveau financier.

### **Icaps**

**Définition**<sup>16</sup>. Pour soutenir l'implantation de projets de promotion de l'activité physique sur le territoire, Santé publique France s'appuie sur l'étude Icaps (Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité).

Il s'agit de mettre en place sur un territoire des projets de promotion de l'activité physique et de limitation de la sédentarité chez les jeunes en s'appuyant sur des projets reprenant le modèle Icaps. Ces interventions qui ciblent les jeunes, leur entourage et leur environnement (modèle socio-écologique) visent une augmentation de la pratique d'activité physique des jeunes de 1 heure par semaine ainsi qu'une réduction de 20 minutes par jour de temps d'écran pour obtenir des effets bénéfiques sur la santé.

Icaps est promu par l'ARS Hauts-de-France en dehors des établissements scolaires.

## **Zonage de la médecine libérale par intercommunalités et communes**

### **62 - CC des Campagnes de l'Artois**

9 - Adinfer (259 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
11 - Agnez-lès-Duisans (653 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
12 - Agnières (249 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
27 - Ambrines (239 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
30 - Amplier (302 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
45 - Aubigny-en-Artois (1 459 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
63 - Avesnes-le-Comte (1 902 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
70 - Bailleul-aux-Cornailles (263 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
72 - Bailleulmont (240 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
74 - Bailleulval (240 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
84 - Barly (221 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
86 - Bavincourt (378 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)

<sup>15</sup> <https://www.boutique.afnor.org/livre/manuel-d-accompagnement-pour-la-mise-en-oeuvre-de-la-norme-quebecoise-entreprise-en-sante/article/819012/ouv001064>

<sup>16</sup> <https://www.cndaps.fr>

91 - Beaudricourt (90 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
92 - Beaufort-Blavincourt (397 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
111 - Berlencourt-le-Cauroy (275 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
112 - Berles-au-Bois (515 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
113 - Berles-Monchel (488 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
115 - Berneville (480 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
118 - Béthonsart (147 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
130 - Bienwillers-au-Bois (643 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
135 - Blairville (314 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
198 - Cambligneul (337 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
199 - Camblain-l'Abbé (650 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
208 - Canettemont (70 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
211 - Capelle-Fermont (217 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
216 - La Cauchie (211 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
221 - Chelers (259 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
242 - Couin (113 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
243 - Coullemont (122 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
253 - Couturelle (65 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
266 - Denier (86 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
279 - Duisans (1 309 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
316 - Estrée-Wamin (172 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
322 - Famechon (120 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
347 - Fosseux (136 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
362 - Fréwillers (239 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
363 - Frévin-Capelle (380 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
368 - Gaudiempré (199 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
372 - Givenchy-le-Noble (150 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
378 - Gouves (197 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
379 - Gouy-en-Artois (330 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
385 - Grand-Rullecourt (410 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
389 - Grincourt-lès-Pas (30 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
399 - Habarcq (676 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
404 - Halloy (217 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
409 - Hannescamps (196 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
415 - Haute-Avesnes (445 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
418 - Hauteville (316 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
425 - Hendecourt-lès-Ransart (135 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
430 - Hénu (164 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
434 - La Herlière (149 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
438 - Hermaville (540 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
459 - Houvin-Houvigneul (232 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
465 - Humbercamps (218 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
475 - Ivergny (259 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)

477 - Izel-lès-Hameau (727 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
490 - Lattre-Saint-Quentin (267 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
507 - Liencourt (291 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
511 - Lignereuil (137 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
536 - Magnicourt-en-Comte (649 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
537 - Magnicourt-sur-Canche (117 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
542 - Maizières (193 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
544 - Manin (185 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
574 - Mingoal (230 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
578 - Monchiet (96 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
579 - Monchy-au-Bois (561 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
583 - Mondicourt (592 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
586 - Montenescourt (460 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
629 - Noyellette (173 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
630 - Noyelle-Vion (294 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
640 - Orville (402 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
649 - Pas-en-Artois (762 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
651 - Penin (474 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
663 - Pomméra (306 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
664 - Pommier (232 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
694 - Rebreuve-sur-Canche (194 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
695 - Rebreuviette (268 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
741 - Saint-Amand (122 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
778 - Sars-le-Bois (82 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
779 - Sarton (183 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
784 - Saulty (765 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
785 - Savy-Berlette (916 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
796 - Simencourt (557 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
798 - Sombrin (240 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
802 - Le Souich (154 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
804 - Sus-Saint-Léger (376 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
814 - Thièvres (123 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
816 - Tilloy-lès-Hermaville (223 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
820 - Tincques (825 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
856 - Villers-Brûlin (365 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
857 - Villers-Châtel (135 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
860 - Villers-Sir-Simon (118 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
874 - Wanquetin (719 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
877 - Warlincourt-lès-Pas (174 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
878 - Warlus (377 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
879 - Warluzel (232 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)

## 62 - CU d'Arras

4 - Achicourt (7 799 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
7 - Acq (769 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
13 - Agny (1 929 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
37 - Anzin-Saint-Aubin (2 742 hab.)	Non éligible au zonage des médecins généralistes
41 - Arras (41 019 hab.)	Non identifiée dans le zonage médecins généralistes
42 - Athies (1 014 hab.)	Non éligible au zonage des médecins généralistes
73 - Bailleul-Sir-Berthoult (1 412 hab.)	Non éligible au zonage des médecins généralistes
85 - Basseux (137 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
99 - Beaurains (5 662 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
144 - Boiry-Becquerelle (447 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
146 - Boiry-Saint-Martin (277 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
147 - Boiry-Sainte-Rictrude (406 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
151 - Boisieux-au-Mont (517 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
152 - Boisieux-Saint-Marc (251 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
172 - Boyelles (358 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
263 - Dainville (5 646 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
290 - Écurie (386 hab.)	Non éligible au zonage des médecins généralistes
320 - Étrun (314 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
323 - Fampoux (1 181 hab.)	Non éligible au zonage des médecins généralistes
324 - Farbus (557 hab.)	Non éligible au zonage des médecins généralistes
331 - Feuchy (1 028 hab.)	Non éligible au zonage des médecins généralistes
332 - Ficheux (523 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
369 - Gavrelle (627 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
392 - Guémappe (336 hab.)	Non éligible au zonage des médecins généralistes
426 - Héninel (177 hab.)	Non éligible au zonage des médecins généralistes
428 - Hénin-sur-Cojeul (527 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
557 - Marœuil (2 464 hab.)	Non éligible au zonage des médecins généralistes
568 - Mercatel (697 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
582 - Monchy-le-Preux (651 hab.)	Non éligible au zonage des médecins généralistes
589 - Mont-Saint-Éloi (1 023 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
609 - Neuville-Saint-Vaast (1 526 hab.)	Non éligible au zonage des médecins généralistes
611 - Neuville-Vitasse (505 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
689 - Ransart (404 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
712 - Rivière (1 123 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
714 - Roclincourt (782 hab.)	Non éligible au zonage des médecins généralistes
718 - Rœux (1 446 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
744 - Sainte-Catherine (3 511 hab.)	Non éligible au zonage des médecins généralistes
753 - Saint-Laurent-Blangy (6 606 hab.)	Non identifiée dans le zonage médecins généralistes
761 - Saint-Martin-sur-Cojeul (210 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
764 - Saint-Nicolas (4 738 hab.)	Non identifiée dans le zonage médecins généralistes
810 - Thélus (1 204 hab.)	Non éligible au zonage des médecins généralistes
817 - Tilloy-lès-Mofflaines (1 434 hab.)	Non éligible au zonage des médecins généralistes
869 - Wailly (1 099 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
873 - Wancourt (649 hab.)	Non éligible au zonage des médecins généralistes
892 - Willerval (651 hab.)	Non éligible au zonage des médecins généralistes

## 62 - CC Osartis Marquion

39 - Arleux-en-Gohelle (856 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
81 - Baralle (480 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
106 - Bellonne (211 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
128 - Biache-Saint-Vaast (4 083 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
145 - Boiry-Notre-Dame (454 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
164 - Bournon (1 156 hab.)	Zone d'accompagnement régional (ZAR)
173 - Brebières (5 023 hab.)	Non éligible au zonage des médecins généralistes
184 - Buissy (263 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
192 - Cagnicourt (432 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
240 - Corbehem (2 366 hab.)	Non éligible au zonage des médecins généralistes
280 - Dury (350 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
284 - Écourt-Saint-Quentin (1 672 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
298 - Épinoy (546 hab.)	Zone d'accompagnement régional (ZAR)
317 - Étaing (450 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
319 - Éterpigny (258 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
355 - Fresnes-lès-Montauban (572 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
358 - Fresnoy-en-Gohelle (214 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
383 - Gouy-sous-Bellonne (1 368 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
384 - Graincourt-lès-Havrincourt (638 hab.)	Zone d'accompagnement régional (ZAR)
414 - Haucourt (238 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
424 - Hendecourt-lès-Cagnicourt (312 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
469 - Inchy-en-Artois (624 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
476 - Izel-lès-Équerchin (1 011 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
484 - Lagnicourt-Marcel (331 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
559 - Marquion (976 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
612 - Neuvireuil (574 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
627 - Noyelles-sous-Bellonne (812 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
638 - Oisy-le-Verger (1 217 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
639 - Oppy (399 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
646 - Palluel (563 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
650 - Pelves (740 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
660 - Plouvain (454 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
671 - Pronville-en-Artois (324 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
673 - Quéant (657 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
680 - Quiéry-la-Motte (737 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
697 - Récourt (211 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
703 - Rémy (395 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
709 - Riencourt-lès-Cagnicourt (262 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)

728 - Rumaucourt (685 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
734 - Sailly-en-Ostrevent (722 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
739 - Sains-lès-Marquion (322 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
780 - Sauchy-Cauchy (364 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
781 - Sauchy-Lestrée (455 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
782 - Saudemont (449 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
825 - Tortequesne (826 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
858 - Villers-lès-Cagnicourt (264 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
864 - Vis-en-Artois (654 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
865 - Vitry-en-Artois (4 677 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)

## 59 - Douaisis Agglo

7 - Anhiers (898 hab.)	Non éligible au zonage des médecins généralistes
15 - Arleux (3 219 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
26 - Aubigny-au-Bac (1 178 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
28 - Auby (7 274 hab.)	Non identifiée dans le zonage médecins généralistes
115 - Brunémont (711 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
117 - Bugnicourt (1 030 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
126 - Cantin (1 577 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
156 - Courchelettes (2 809 hab.)	Non éligible au zonage des médecins généralistes
165 - Cuincy (6 435 hab.)	Non éligible au zonage des médecins généralistes
170 - Dechy (5 324 hab.)	Non identifiée dans le zonage médecins généralistes
178 - Douai (39 700 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
199 - Erchin (692 hab.)	Non identifiée dans le zonage médecins généralistes
211 - Esquerchin (891 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
214 - Estrées (1 112 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
222 - Faumont (2 172 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
224 - Féchain (1 745 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
228 - Férin (1 455 hab.)	Non éligible au zonage des médecins généralistes
234 - Flers-en-Escrebieux (5 856 hab.)	Non identifiée dans le zonage médecins généralistes
239 - Flines-lez-Raches (5 570 hab.)	Zone d'accompagnement régional (ZAR)
254 - Fressain (877 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
263 - Gœulzin (1 026 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
276 - Guesnain (4 677 hab.)	Non identifiée dans le zonage médecins généralistes
280 - Hamel (786 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
327 - Lallaing (6 231 hab.)	Non éligible au zonage des médecins généralistes
329 - Lambres-lez-Douai (5 125 hab.)	Non identifiée dans le zonage médecins généralistes
334 - Lauwin-Planque (1 679 hab.)	pas éligible au zonage des médecins généralistes
336 - Lécluse (1 372 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
379 - Marcq-en-Ostrevent (736 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
486 - Râches (2 740 hab.)	Non éligible au zonage des médecins généralistes

489 - Raimbeaucourt (4 002 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
509 - Roost-Warendin (6 141 hab.)	Non identifiée dans le zonage médecins généralistes
513 - Roucourt (454 hab.)	Non identifiée dans le zonage médecins généralistes
569 - Sin-le-Noble (15 682 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
620 - Villers-au-Tertre (630 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
654 - Waziers (7 452 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)

## 62 - CC du Sud-Artois

2 - Ablainzeville (222 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
5 - Achiet-le-Grand (988 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
6 - Achiet-le-Petit (303 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
64 - Avesnes-lès-Bapaume (162 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
68 - Alette (324 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
79 - Bancourt (87 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
80 - Bapaume (3 887 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
82 - Barastre (307 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
93 - Beaulencourt (235 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
96 - Beaumetz-lès-Cambrai (581 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
103 - Béhagnies (126 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
117 - Bertincourt (918 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
121 - Beugnâtre (170 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
122 - Beugny (376 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
129 - Biefvillers-lès-Bapaume (94 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
131 - Bihucourt (351 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
181 - Bucquoy (1 461 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
185 - Bullecourt (236 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
189 - Bus (126 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
223 - Chérisy (293 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
248 - Courcelles-le-Comte (461 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
259 - Croisilles (1 929 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
272 - Douchy-lès-Alette (308 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
285 - Écoust-Saint-Mein (491 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
306 - Ervillers (399 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
326 - Favreuil (237 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
341 - Foncquevillers (435 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
343 - Fontaine-lès-Croisilles (278 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
353 - Frémicourt (244 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
374 - Gomiécourt (156 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
375 - Gommecourt (96 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
387 - Gréville (365 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
406 - Hamelincourt (255 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
410 - Haplincourt (184 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
421 - Havrincourt (403 hab.)	Zone d'accompagnement régional (ZAR)

422 - Hébuterne (524 hab.)	Zone d'accompagnement régional (ZAR)
440 - Hermies (1 180 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
493 - Lebucquière (234 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
494 - Léchelle (49 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
515 - Ligny-Thillois (532 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
561 - Martinpuich (196 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
572 - Metz-en-Couture (664 hab.)	Zone d'accompagnement régional (ZAR)
591 - Morchies (210 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
593 - Morval (94 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
594 - Mory (309 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
597 - Moyenneville (272 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
608 - Neuville-Bourjonval (168 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
619 - Noreuil (160 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
672 - Puisieux (661 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
708 - Rencourt-lès-Bapaume (35 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
715 - Rocquigny (285 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
731 - Ruyaulcourt (294 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
733 - Sailly-au-Bois (309 hab.)	Zone d'accompagnement régional (ZAR)
754 - Saint-Léger (450 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
776 - Sapignies (196 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
777 - Le Sars (180 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
800 - Souastre (379 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
829 - Le Transloy (411 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
830 - Trescault (178 hab.)	Zone d'accompagnement régional (ZAR)
839 - Vaulx-Vraucourt (1 018 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
840 - Vélou (135 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
855 - Villers-au-Flos (272 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
876 - Warlencourt-Eaucourt (138 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
909 - Ytres (435 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)

## **59 - CC Cœur d'Ostrevent**

8 - Aniche (10 244 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
24 - Auberchicourt (4 448 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
113 - Bruille-lez-Marchiennes (1 345 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
185 - Écaillon (1 937 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
203 - Erre (1 592 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
227 - Fenain (5 385 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
314 - Hornaing (3 553 hab.)	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
345 - Lewarde (2 425 hab.)	Non identifiée dans le zonage médecins généralistes
354 - Loffre (729 hab.)	Non identifiée dans le zonage médecins généralistes
375 - Marchiennes (4 590 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)

390 - Masny (4 143 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
409 - Monchecourt (2 502 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
414 - Montigny-en-Ostrevent (4 801 hab.)	Non identifiée dans le zonage médecins généralistes
456 - Pecquencourt (6 011 hab.)	Non identifiée dans le zonage médecins généralistes
501 - Rieulay (1 327 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
574 - Somain (12 151 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
596 - Tilloy-lez-Marchiennes (518 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
629 - Vred (1 375 hab.)	Non éligible au zonage des médecins généralistes
637 - Wandignies-Hamage (1 302 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)
642 - Warlaing (579 hab.)	Zone d'action complémentaire (ZAC)

## Liste des entretiens réalisés

M. **Jean-Jacques Cottel** maire de Bapaume, président de la communauté de communes du Sud-Artois, M. **Tristan Dagonet**, directeur adjoint en charge des services à la personne, 4 février 2020

M. **Didier Michel**, maire de Tilloy-les-Mofflaines, conseiller délégué au Plan vélo, communauté urbaine d'Arras, 17 février 2020

M. **Michel Housau**, maire de Biache-Saint-Vaast, vice-président de la communauté de communes Osartis-Marquion, M. **Pascal Monnoret**, cadre infirmier, 20 février 2020

M. **Jean-Luc Hallé**, maire d'Hamel, vice-président de Douaisis agglo, Mme **Élisabeth Danielewski**, directrice de la prospective et des financements extérieurs, Douaisis Agglo, 20 février 2020

M. **Bernard Milleville**, maire de Thélus, vice-président de la communauté urbaine d'Arras, Mme **Aline Cachot**, Chef de service prévention promotion de la santé, 21 février 2020

M. **Michel Seroux**, maire de Haute-Avesnes, président de la communauté de communes des Campagnes de l'Artois, Mme **Pascaline Duquesne**, directrice générale des services, Mme **Alexia Dufour**, directrice générale adjointe, 25 février 2020

Mme **Dany Hallant**, maire de Vred, Mme **Sandra Davoust**, responsable du pôle cohésion sociale communauté de communes Cœur d'Ostrevent

Mme **Bénédicte Meley**, directrice du Scot du Grand Douaisis, M. **Alex Guillet**, chargé de mission urbanisme, 10 mars 2020

Mme **Élodie Evrard**, directrice, Mme **Monique Lancelle**, présidente, Plateforme Santé Douaisis, 15 juillet 2020

Mme **Hélène Maiurano**, orthophoniste, coordinatrice maison de santé pluri-professionnelle, Bapaume, 29 juillet 2020

Dr **Annick Lebas**, médecin généraliste, Bienvillers-au-Bois, 30 juillet 2020

M. **Renaud Dogimont**, directeur général, M. **Frédéric Chéreau**, maire de Douai et président du conseil de surveillance, et M. **Franck Laureyns**, directeur de la stratégie, Centre hospitalier de Douai, GHT Douaisis, 1<sup>er</sup> septembre 2020

Mme **Delphine Zelazny**, infirmière, Barly, 1<sup>er</sup> septembre 2020

Mme **Saliah Grévin**, pharmacienne, Douai, 22 septembre 2020

M. **Ziad Khodr**, conseiller municipal d'Arras, conseiller délégué à l'économie et à la promotion de la santé, communauté urbaine d'Arras, 25 septembre 2020

Dr **Camille Jourdain**, MSP de Sainte-Catherine 23 octobre 2020

M. **Pierre Bertrand**, directeur général, M. **Johan Dusautois**, directeur adjoint de la performance, M. **Charley Lecomte**, secrétariat général, centre hospitalier d'Arras, GHT Artois-Ternois, 3 novembre 2020

Imprimé en mars 2021, ce document a été réalisé par **Philippe Lorenzo,**  
**Marie Guerlin et Anne Lefebvre.**

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL  
Faculté de médecine, 3, rue des Louvels - 80036 AMIENS Cedex 1 - Tél : 03 22 82 77 24  
E-Mail : [info@or2s.fr](mailto:info@or2s.fr) - Site Internet : [www.or2s.fr](http://www.or2s.fr)

POLE METROPOLITAIN ARTOIS DOUAISIS  
Rue Jean Monnet - ZA - 62490 VITRY-EN-ARTOIS - Tél : 07 85 37 73 22  
E-Mail : [contact@pm-artois-douaisis.eu](mailto:contact@pm-artois-douaisis.eu) - Site Internet : [www.pm-artois-douaisis.eu](http://www.pm-artois-douaisis.eu)

CONSEIL RÉGIONAL HAUTS-DE-FRANCE

151, avenue du président Hoover – 59555 LILLE Cedex – Tél : 03 74 27 00 00

Site internet : [www.hautsdefrance.fr](http://www.hautsdefrance.fr)



