Agence Régionale de Santé
Nord-Pas-de-Calais

Le Projet Régional de Santé du Nord-Pas-de-Calais

Les Territoires de santé

I/ Rappel des Textes de la loi concernant les territoires de santé

La loi HPST dispose que « *l' Agence Régionale de Santé (ARS) définit des territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours ».(art . L.1434-16 du code de la Santé Publique).*

La loi HPST offre un élargissement important :

- Le champ d'application des territoires s'étend à l'ensemble de l'activité des Agences Régionales de Santé notamment la santé publique et du secteur médico-social ;
- Les territoires de santé sont infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux ;
- Elle identifie des niveaux d'accès aux soins de premier recours.

Ces territoires de santé s'inscrivent naturellement dans la déclinaison du PROJET REGIONAL DE SANTE (Art. L.1434-1 ; Art. L.1434-2)

« Le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'Agence Régionale de Santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre …la programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé tels que définis à l'Art. L. 1434-17»

Comme le prévoit, le chapitre IV, dans ces articles L.1434-5 et suivants, L.1434-7 et suivants, L.1434-12 et suivants, en fonction de la population des territoires et de leurs besoins, l'Agence Régionale de Santé exerce une mission de planification régionale de la politique de santé et a ainsi vocation à :

- développer et animer une politique de prévention, de promotion de la santé, la santé environnementale et la sécurité sanitaire ; organiser, *« dans le domaine de la santé des personnes, l'observation des risques émergents et les modalités de gestion des événements porteur d'un risque sanitaire,»*

- *«prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique…. Il tient compte de l'offre de soins des régions limitrophes et de la vocation sanitaire et sociale de certains territoires.»*

- *« prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux … afin notamment de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnement médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie.»*

En coordination avec les membres des **quatre commissions spécialisées** de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (**CRSA**) est en partenariat avec les principaux acteurs de terrain que sont les collectivités locales, les professionnels de santé, les responsables d'établissements et de structures.

Chaque territoire de santé aura à veiller à la mise en œuvre du Projet Régional de Santé dans un champ plus restreint et, localement il sera le garant opérationnel des projets et schémas régionaux sur l'ensemble des prérogatives de l'Agence Régionale de Santé (prévention, soins ambulatoires et hospitaliers, organisation médico-sociale, projets innovants).

Chaque territoire sera représenté, au sens de la démocratie sanitaire par une Conférence de Territoire mise en place par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

Ces territoires proposés s'appuient sur une logique multidimensionnelle et prennent en compte dorénavant les besoins des populations, l'organisation de l'offre, qu'elle soit sanitaire, ambulatoire, médico-sociale ou prévention sur la région.

En son article L.1434-17, la loi stipule que *« Dans **chacun des territoires** mentionnés à l'article L.1434-9, le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé constitue **une Conférence de Territoire**, composée de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné, dont les usagers du système de santé. »*

*« **La Conférence de Territoire contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique. »***

« La Conférence de Territoire peut faire toute proposition au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du projet régional de santé. »

«La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et les groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. »

II / Présentation du découpage territorial de l'Agence Régionale de la Santé du Nord-Pas-de-Calais

Compte tenu de ce qui précède, il est proposé de distinguer quatre niveaux de territoires pour la région Nord-Pas-de-Calais.

- Le premier est celui de la **Région** et de la gestion **interdépartementale**,
- Le second est celui du **Territoire de Santé** (au sens de la loi HPST),
- Le troisième est celui des zones de proximité,
- Le quatrième est celui des espaces de projet et d'initiative.

Niveau 1 : La Région

Le premier territoire de l'ARS est évidemment la **Région**.

La politique régionale de santé au niveau du projet régional de santé (PRS) se définit par :

- La simplification et la clarification de l'organisation sanitaire actuelle : coexistence de nombreux plans, schémas et programmes sectoriels non articulés, ne permettant pas une action efficace d'organisation et de régulation du système de santé,
- La transversalité et la lisibilité de la politique conduite par les ARS via le PRS,
- La mise en place d'un cadre pour fédérer les initiatives des acteurs,
- La définition d'objectifs : mise en œuvre du plan stratégique régional de santé (PSRS) fixant les orientations des schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale (le cas échéant, les modalités d'application de ces schémas) et les objectifs des programmes,
- La création de territoires de santé par le Directeur Général de l'ARS, chacun incluant une Conférence de Territoire rassemblant les différents acteurs du système de santé : diagnostic partagé sur les enjeux sanitaires du territoire, propositions sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du projet régional de santé.

La région est aussi l'espace de gestion **interdépartementale** notamment en matière de veille, de sécurité sanitaire et de gestion des crises sanitaires, dans le cadre, le cas échéant, de la zone de défense qui intègre le Nord-Pas-de-Calais et la Picardie, en relation avec les Préfets de département, comme également de la programmation médico-sociale, en relation avec les présidents des Conseils Généraux ;

- des relations avec les autres régions, notamment avec la région voisine, la Picardie, mais aussi avec les autres régions du territoire national, notamment, compte tenu de son poids dans l'offre de soins, avec la région Ile-de-France.

- des relations transfrontalières, au sein de l'Union Européenne, principalement avec la Belgique, avec laquelle une tradition d'échanges et de coopérations existe depuis longtemps, mais aussi, potentiellement avec le Royaume Uni, compte tenu de la liaison transmanche.

- Des activités de recours et de référence hautement spécialisées, réalisées par les équipes hospitalo-universitaires au titre de leur quadruple mission de soins, de formation, de recherche et d'innovation.

Niveau 2 : Les Territoires de Santé de l'ARS

Les Territoires de Santé sont les territoires de la démocratie sanitaire (Conférences de Territoire) et de la mise en cohérence des politiques de santé (notamment de l'infrastructure hospitalière et des coopérations inter-hospitalières). Ces territoires sont souvent les départements dans les autres régions à grand nombre de départements. La région Nord-Pas-de-Calais, de par sa densité très forte, doit constituer des territoires d'une taille inférieure aux départements.

Les Territoires de Santé se définissent par le regroupement de zones de proximités (cf. partie suivante) à partir de critères d'aménagement du territoire (route, littoral), d'équilibre des populations et de recours aux soins techniques hospitaliers.

Depuis de nombreuses années, les différentes politiques de la région s'articulent autour de 4 espaces géographiques : Métropole, Artois, Hainaut et Littoral. C'est le choix fait par les SROS II et III (cf. Annexe 2). Culturellement, ces espaces sont des références pour les populations même si les institutions et les décideurs ne leur définissent pas toujours les mêmes contours.

Certes, il est de plus en plus évoqué le regroupement en 3 grandes zones d'aménagement économique et social, notamment :

- dans le Projet d'Action Stratégique de l'Etat en Région (PASER) avec les 3 grands systèmes urbains : aire métropolitaine de Lille associant l'ancien bassin minier et Arras, le littoral autour des trois agglomérations portuaires, le réseau de villes du Hainaut Cambrésis (cf. Annexe 3)

- ou dans le schéma régional de développement économique du Conseil Régional révisé en mars 2010 (une aire métropolitaine du Littoral et une aire métropolitaine Lilloise)

Mais l'aménagement territorial sanitaire qui reposerait sur 3 territoires ne paraît pas pertinent ; il induirait en effet un déséquilibre de taille de population, avec une métropole comportant environ 2,2 millions d'habitants (soit plus de 50% de la population régionale). Il apparait donc justifié de maintenir les 4 territoires de santé existants.

D'ailleurs la réorganisation des Chambres de Commerce et de l'Industrie (CCI) a maintenu les chambres de Lille, d'Arras, du Littoral et du Hainaut – Cambrésis.

Le territoire du Littoral regroupant les arrondissements de Dunkerque, Calais, Boulogne, Berck/Montreuil et St-Omer semble en cohérence avec la plupart des politiques régionales (économiques, environnementales, sanitaires, culturelles et d'aménagement du territoire).

Le principe du maintien des autres territoires de santé (Métropole, Artois et Hainaut) est également pertinent. Cependant leurs limites sont plus variables, notamment par le positionnement du Douaisis.

Zone intermédiaire, à la jonction de 3 territoires, le Douaisis pourrait être intégré à l'un des trois.

L'intégration dans le territoire de la Métropole conduirait à un déséquilibre trop important, contradictoire avec le souci d'équilibre des territoires.

L'intégration dans le territoire du Hainaut permettrait de respecter les limites départementales, mais ne semble pas avoir d'avantages significatifs au regard de la situation actuelle.

Le projet de découpage maintient le Douaisis dans le territoire de l'Artois pour des raisons :

- historiques, celles de la continuité de l'ancien bassin minier,
- géographiques, l'INSEE définit 21 pôles urbains[1] dans la région dont le pôle urbain Lens – Douai. L'accessibilité des zones urbaines à partir de Douai est variable. Il dépend du réseau routier et de son trafic ainsi que la distance à parcourir. Ainsi Douai est distant de plus de 30 mn de Lille ou Valenciennes. Il y a une proximité plus grande avec Lens,
- et surtout sanitaires ; les caractéristiques du Douaisis sont historiquement communes à l'ensemble du Bassin Minier. Particulièrement, le maintien du Douaisis dans le territoire de l'Artois permettra d'intégrer l'Hôpital de Douai dans le projet de Communauté Hospitalière de Territoire (CHT), et à favoriser un espace de coopération hospitalière, en fonction des capacités des 3 autres hôpitaux généraux du territoire qui ont fait l'objet d'un effort de modernisation important (Arras, Douai, Béthune).

[1] Une aire urbaine est un ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle urbain, et par des communes rurales ou unités urbaines (couronne périurbaine) dont au moins 40% de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci. (Définition 1999) Sources : Insee - Recensements de la population de 1999 et 2006

Les **Territoires de Santé** (Artois-Douaisis, Hainaut-Cambrésis, Littoral et Métropole-Flandre intérieure) sont constitués par regroupement des zones de proximité définies ci-après. Le Douaisis est associé au territoire de l'Artois pour répondre aux problématiques d'aménagement du territoire (notamment sur le volet hospitalier), de difficultés d'accès à la métropole et d'appartenance au bassin minier. Le Dunkerquois est inscrit dans le territoire du Littoral en cohérence avec la plupart des politiques régionales (économiques, environnementales, sanitaires, culturelles et d 'aménagement du territoire).

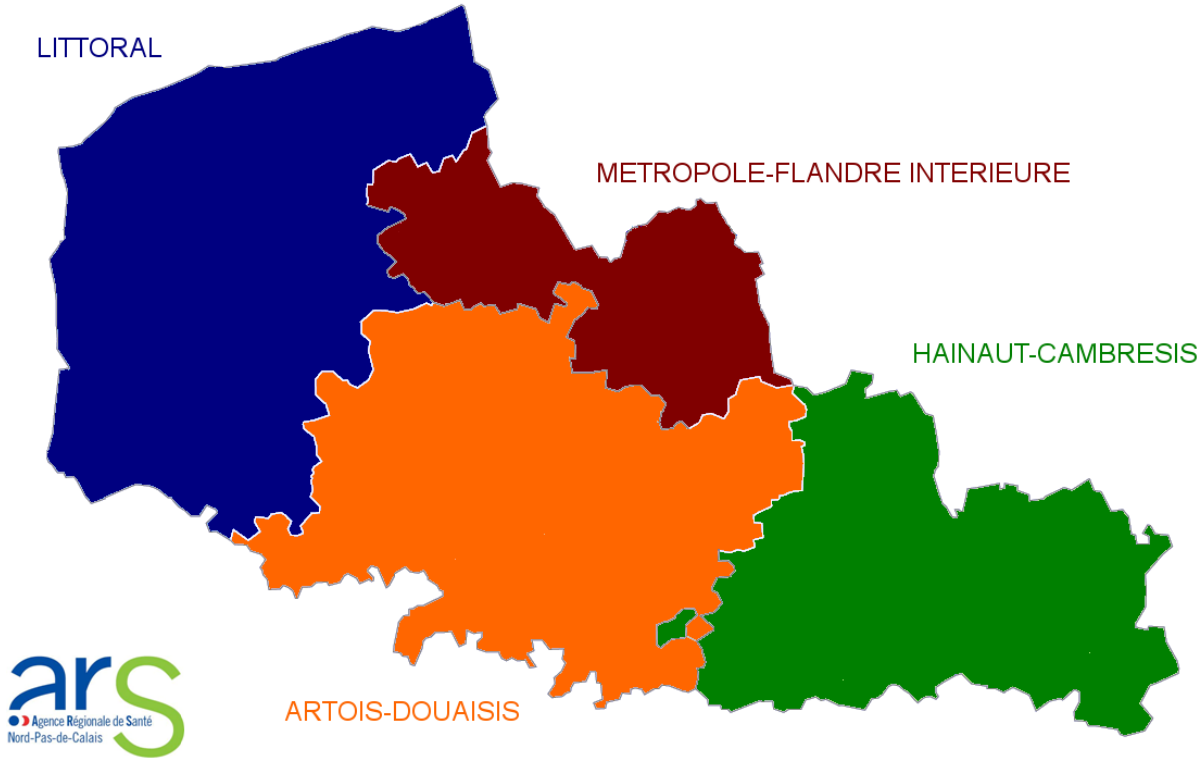
Ainsi, les 4 Territoires de Santé ont la composition suivante :

- **Territoire de Santé de l'Artois-Douaisis** : Zones de Proximité de l'Arrageois, de Béthune-Bruay, du Douaisis, de Lens-Hénin

- **Territoire de Santé du Hainaut-Cambrésis** : Zones de Proximité du Cambrésis, du Sambre-Avesnois, du Valenciennois

- **Territoire de Santé du Littoral** : Zones de Proximité du Montreuillois, du Boulonnais, du Calaisis, du Dunkerquois, de l'Audomarois

- **Territoire de Santé de la Métropole-Flandre intérieure** : Zones de Proximité de la Flandre Intérieure, de Roubaix-Tourcoing, de Lille



Niveau 3 : Les zones de proximité

Les objectifs premiers du découpage territorial sont d'assurer la cohérence entre les secteurs de la santé (Prévention, Soins de premier recours, Offres de soins hospitalières publique et privé, Offre médico-sociale) au sein de l'Agence Régionale de la Santé ; d'autre part d'assurer la cohérence avec les politiques publiques dans la région, notamment en matière de prévention et d'offre médico-sociale[2]. Celle-ci se fera principalement dans le cadre des zones de proximité.

Les procédures SROS s'étaient appuyées principalement sur les zones d'emploi de l'INSEE[3], mais ils ne concernaient que les infrastructures hospitalières.

Pour assurer la cohérence entre les différentes politiques publiques, ces zones de proximité, définies à partir du découpage économique et social de l'INSEE ont été redéfinies en prenant en compte les limites :

- des arrondissements, maillage principal de l'intervention de l'Etat, et de la relation avec les sous-préfets ;

- des circonscriptions d'action des Conseils Généraux, élément essentiel pour l'action dans le domaine de la prévention (PTS) et surtout de l'offre médico-sociale ;

- des intercommunalités : Les Etablissements publics de coopération intercommunale (EPCI) sont des regroupements de communes ayant pour objet l'élaboration de « projets communs de développement au sein de périmètres de solidarité ». Ils sont soumis à des règles communes, homogènes et comparables à celles de collectivités locales. Il s'agit des communautés urbaines, des communautés d'agglomération, des communautés de communes et des syndicats d'agglomération nouvelle.

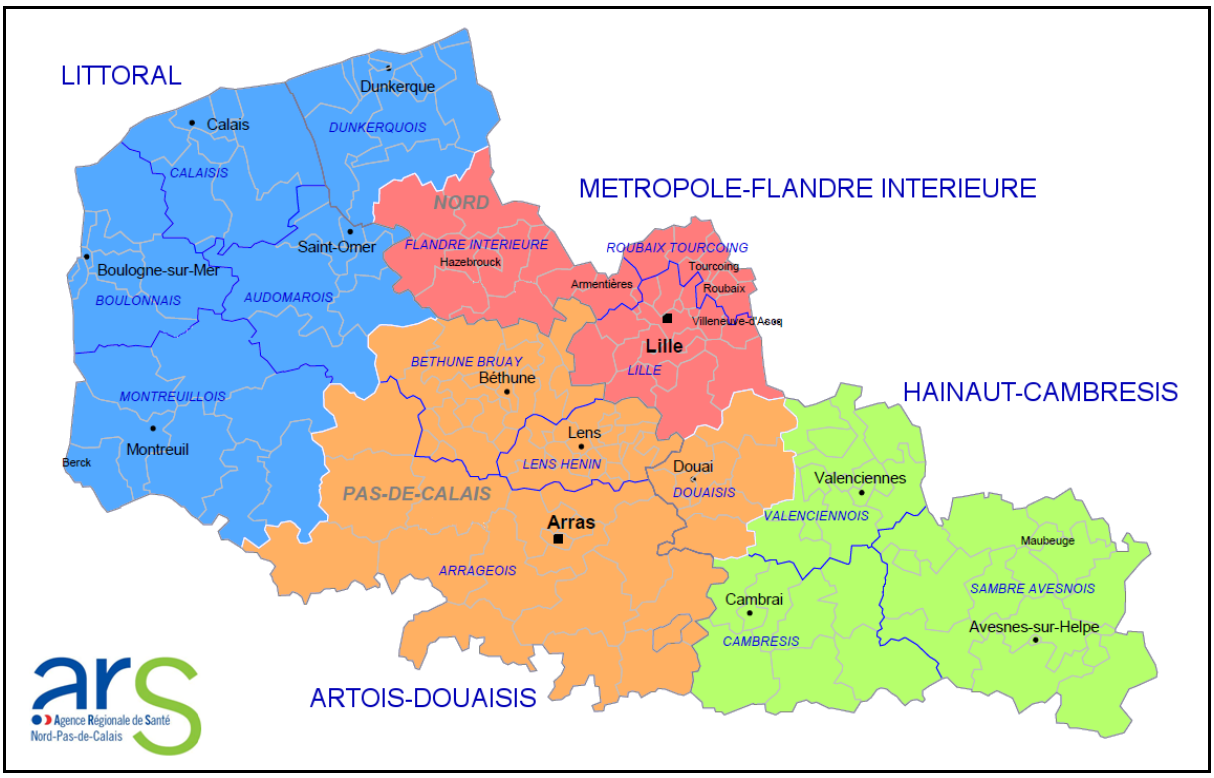
Les zones de proximité sont construites par regroupement des EPCI autour des zones d'emploi, et par rapprochement à la répartition administrative en arrondissements et aux circonscriptions d'action des Conseils Généraux.

La Communauté Urbaine de Lille Métropole qui recouvre de nombreuses communes et un grand nombre d'habitants a été scindée en 3 zones : le canton d'Armentières est rattaché à la zone de proximité Flandre Intérieure, le reste des communes est réparti en 2 zones de proximité, Lille et Roubaix-Tourcoing.

[2] Les zones de proximité sont le cadre d'intervention pour le médico-social en tant qu'espaces de sous-planification et de programmation des schémas, en tant que territoires de lancement des appels à projet.

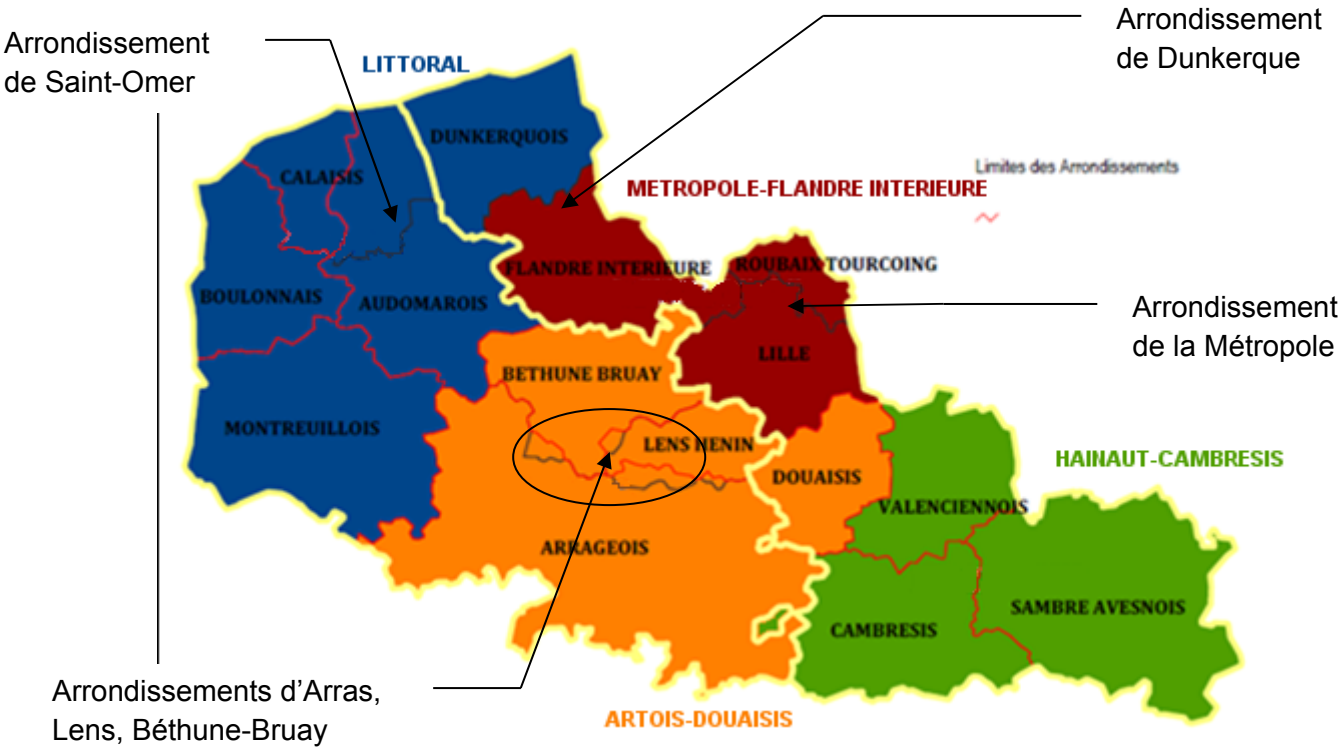
[3] Une zone d'emploi est un espace géographique à l'intérieur duquel la plupart des actifs résident et travaillent. Effectué conjointement par l'Insee et les services statistiques du Ministère en charge du travail, le découpage en zones d'emploi constitue une partition du territoire adaptée aux études locales sur l'emploi et son environnement.

Le territoire régional est donc finalement réparti en 15 zones proximités.



Territoires de santé	Zones de proximité ARS	Nb hab ZP ARS
ARTOIS – DOUAISIS	ARRAGEOIS	249 650
	DOUAISIS	251 328
	BETHUNE-BRUAY	295 623
	LENS-HENIN	374 701
		1 171 302
HAINAUT-CAMBRESIS	SAMBRE AVESNOIS	239 058
	CAMBRESIS	161 846
	VALENCIENNOIS	352 563
		753 467
LITTORAL	BERCK MONTREUIL	111 740
	BOULONNAIS	165 479
	CALAISIS	162 116
	AUDOMAROIS	120 969
	DUNKERQUOIS	260 973
		825 666
METROPOLE – FLANDRE INTERIEURE	FLANDRE INTERIEURE	181 613
	ROUBAIX-TOURCOING	426 695
	METROPOLE	789 181
		1 397 489
REGION		4 147 924

Cohérence avec les arrondissements :



Comme dans le précédent découpage, trois arrondissements sont coupés en deux :

- celui de Saint-Omer, réparti entre la zone de proximité de l'Audomarois et celle du Calaisis
- celui du Dunkerquois, réparti entre la zone de proximité du Dunkerquois et de la Flandre intérieure
- celui de la Métropole, réparti entre la zone de proximité de Lille et Roubaix-Tourcoing

Le découpage envisagé ne respecte pas strictement celui des arrondissements à l'intérieur des zones de proximité des territoires de l'Artois-Douaisis et la Métropole-Flandre intérieure.

Pour le territoire de l'Artois-Douaisis, pour respecter les intercommunalités

- 8 communes de l'arrondissement d'Arras[4] sont rattachées à la zone de proximité Lens-Hénin,
- 1 commune de l'arrondissement de Lens[5] est rattachée à la zone de proximité Béthune-Bruay,
- 3 communes de l'arrondissement d'Arras[6] sont rattachées à la zone de proximité Béthune-Bruay,

[4] Bois-Bernard, Vimy, Souchez, Givenchy-en-Gohelle, Ablain-Saint-Nazaire, Carency, Acheville, Villers-au-Bois
[5] Hersin-Coupigny
[6] La Comté, Diéval, Bajus

Par ailleurs, au sein du territoire de la Métropole-Flandre intérieure, 7 communes[7] du canton d'Armentières et la commune de Pérenchies du canton de Quesnoy sur Deûle sont rattachées à la zone de proximité Flandre Intérieure pour tenir compte du fait que l'établissement de recours est principalement celui d'Armentières dans la zone de proximité.

<u>Cohérence avec les circonscriptions d'action des Conseils Généraux</u>

Comme dans le précédent schéma, certaines zones de proximité regroupent des circonscriptions d'action des Conseils Généraux.

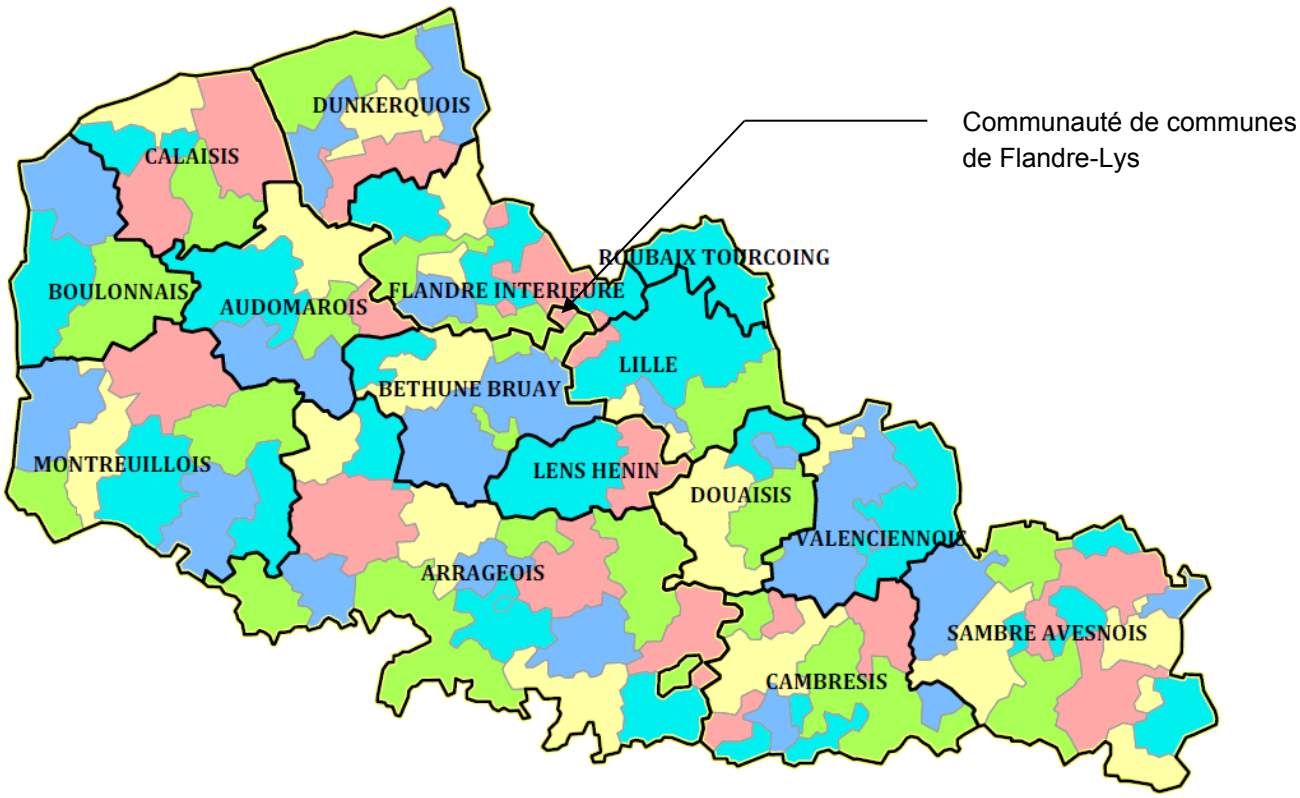
Ainsi, pour respecter les intercommunalités

- La Communauté de Communes de Canche Ternoise (4 389 hab), composée de 19 communes[8] est située sur le canton du Parcq (24 communes). Ce canton est rattaché à l'arrondissement du Montreuillois ; la Communauté de Communes de Canche Ternoise **reste couverte** par la zone de proximité du Montreuillois.

[7] Armentières, La Chapelle-d'Armentières, Houplines, Erquinghem-Lys, Frelinghien, Prémesques, Bois-Grenier

[8] Azincourt , Béalencourt, Blangy-sur-Ternoise, Blingel, Éclimeux, Fillièvres, Fresnoy, Galametz, Incourt, Maisoncelle, Neulette, Noyelles-lès-Humières, Rollancourt, Saint-Georges, Tramecourt, Vacqueriette-Erquières, Vieil-Hesdin, Wail, Willeman

Cohérence avec les intercommunalités



Les zones de proximité utilisent les EPCI[9] comme point de départ.

Pour autant, 6 communes[10] du Nord n'appartiennent à aucun EPCI. Pour 4 d'entre elles, nous avons opté pour leur rattachement aux EPCI existants en cohérence avec le découpage cantonal. Dans ce même souci de cohérence, l'infra-zone de Hazebrouck couvrant les communes de Hazebrouck et Wallon-Cappel a été créée.

Certains EPCI chevauchent les 2 départements (ex : communauté de communes de Flandre-Lys). La contrainte des limites départementales pour les zones de proximité a nécessité de les scinder en deux.

[9] EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale

[10] Blaringhem, Hazebrouck, Pont-à-Marcq, Spycker, Wallon-Cappel, Watten

Niveau 4 : Les espaces de projet

Sur des endroits de grande proximité, là où les acteurs construisent les projets d'intérêt local.

Ce sont les territoires de l'action locale : les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI), sur lesquels est principalement fondé le découpage, mais aussi les Pays, les territoires des Programmes Territoriaux de Santé (PTS), les territoires de prévention et de l'action sociale, les secteurs de la psychiatrie.

Il n'est pas possible, et probablement pas souhaitable d'harmoniser l'ensemble de ces découpages car ils sont dépendants des initiatives et des volontés locales.

Les différents espaces seront gérés dans le cadre des Territoires de Santé et des zones de proximité, dans la mesure où ils sont cohérents avec eux (c'est le cas du PTS).

Ils pourront, avec les zones de proximité, servir de base aux contrats locaux de Santé[11]. Ceux-ci permettront de gérer des bassins à cheval entre plusieurs zones de proximité, plusieurs territoires de santé, ou plusieurs régions, voire de matière transfrontalière (c'est le cas, par exemple, de la Thiérarche).

La porosité entre les niveaux d'organisation territoriale

Ce découpage géographique n'instaure pas de frontières entre les espaces, ni de frein aux pratiques et aux projets des acteurs dans les domaines du soin somatique et psychiatrique, du médico-social et de la prévention. Une certaine souplesse et une porosité entre les territoires de santé, et entre les territoires et les zones de proximité, sont assurées. Les difficultés d'accès des populations rurales de certaines zones éloignées et mal desservies seront prises en compte.

[11] Article L1434-17 du code de la Santé Publique

ANNEXE 1

Textes officiels définissant le cadre réglementaire

Article L1411-1

Modifié par **Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 2 JORF 11 août 2004**

La Nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels.

La détermination de ces objectifs, la conception des plans, des actions et des programmes de santé mis en œuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique relèvent de la responsabilité de l'Etat.

La politique de santé publique concerne :

1° La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants ;

2° La lutte contre les épidémies ;

3° La prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités ;

4° L'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes ;

5° L'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires ;

6° L'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer ;

7° La réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ;

8° La qualité et la sécurité des soins et des produits de santé ;

9° L'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps ;

10° La démographie des professions de santé.

Article L116-1
En vigueur depuis le 3 Janvier 2002
Créé par **Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 - art. 1 () JORF 3 janvier 2002.**
Créé par **Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 - art. 2 () JORF 3 janvier 2002.**

L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. Elle est mise en œuvre par l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales au sens de l'article **L. 311-1.**

Article L116-2
En vigueur depuis le 3 Janvier 2002
Créé par **Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 - art. 1 () JORF 3 janvier 2002.**
Créé par **Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 - art. 3 () JORF 3 janvier 2002.**

L'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égale dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire.

Article L111-2-1
En vigueur depuis le 17 Août 2004
Créé par **Loi n°2004-810 du 13 août 2004 - art. 1 () JORF 17 août 2004**

La Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie.

Indépendamment de son âge et de son état de santé, chaque assuré social bénéficie, contre le risque et les conséquences de la maladie, d'une protection qu'il finance selon ses ressources.

L'Etat, qui définit les objectifs de la politique de santé publique, garantit l'accès effectif des assurés aux soins sur l'ensemble du territoire.

En partenariat avec les professionnels de santé, les régimes d'assurance maladie veillent à la continuité, à la coordination et à la qualité des soins offerts aux assurés, ainsi qu'à la répartition territoriale homogène de cette offre. Ils concourent à la réalisation des objectifs de la politique de santé publique définis par l'Etat.

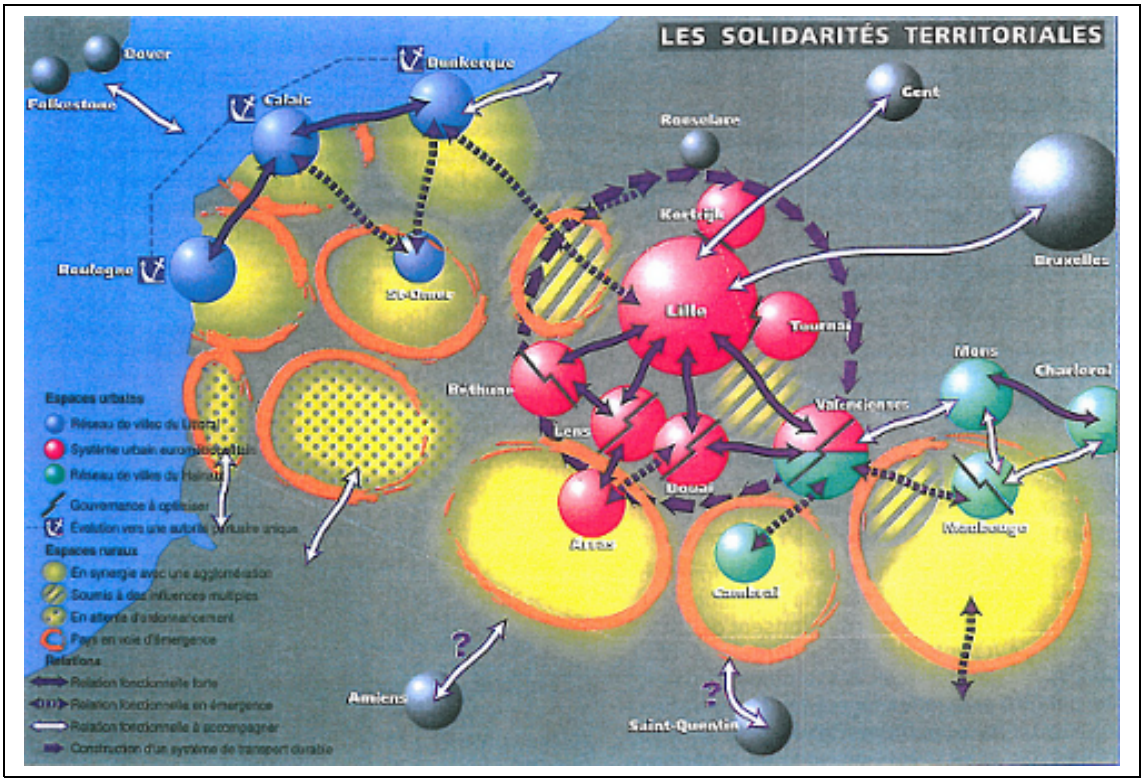
Chacun contribue, pour sa part, au bon usage des ressources consacrées par la Nation à l'assurance maladie.

ANNEXE 2

Territoires définis par le Schéma Régional de l'Offre de Soins (SROS III)

ANNEXE 3

Projet d'Action Stratégique de l'Etat en Région



ANNEXE 4- les avis rendus

Avis du préfet de la région Nord-Pas-de-Calais

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION
NORD – PAS-DE-CALAIS

Le Préfet

A

Monsieur le Directeur général de l'Agence
Régionale de Santé du Nord-Pas-de-Calais
Rue de Tenremonde
B.P 605
59024 LILLE CEDEX

Lille, le 05 OCT. 2010

Objet : Avis relatif au projet de territoires de santé en Nord-Pas-de-Calais

Conformément aux dispositions réglementaires, vous avez défini un projet de territoires de santé pour le Nord-Pas-de-Calais qui est soumis à mon approbation avant son adoption.

J'ai eu le plaisir de prendre connaissance de votre proposition. Celle-ci a retenu toute mon attention. En effet, la définition de ce nouveau maillage en 4 territoires et 15 zones de proximité est pertinente. Elle replace dans son contexte les difficultés territoriales, les problématiques et les contrastes, voire les inégalités sanitaires du Nord-Pas-de-Calais.

A ce titre, je partage votre souci de garder une cohérence avec les découpages existants, et notamment ceux utilisés par l'ancienne agence régionale de l'hospitalisation (ARH), tout en essayant de maintenir une unité territoriale, en particulier avec les arrondissements et les EPCI des départements de la région.

Je pense notamment au territoire du littoral regroupant les arrondissements de Dunkerque, Calais, Boulogne, Berck/Montreuil et Saint-Omer, qui va ainsi trouver une cohérence avec la structuration du littoral préconisée par l'Etat depuis de nombreuses années et que les élus ont pris en compte au travers du SMCO (Syndicat Mixte de la Côte d'Opale), étant toutefois observé qu'en matière économique, Saint-Omer est rattaché à la Chambre de Commerce et d'Industrie Grand Lille.

Il en va de même du territoire du Hainaut que nous essayons de structurer par ailleurs dans d'autres domaines, dans une perspective transfrontalière.

S'agissant des appellations des territoires, je suggérerais, afin d'être parfaitement cohérent avec celles qui sont envisagées dans d'autres domaines, les adaptations suivantes :

- « Métropole-Flandres intérieures », au lieu de « Métropole »
- « Hainaut-Cambrésis », au lieu de « Hainaut »
- « Artois-Douaisis », au lieu d'Artois

Réf : SGAR/MC.VD/Cha.B

12, rue an sans Peur – 59039 LILLE CEDEX
Tél. 03 20 30 55 07 – Fax : 03 20 30 56 64 – www.nord.gouv.fr

Enfin, je me félicite de ce que les zones de proximité se rapprochent de très près du maillage des arrondissements et des zones d'emploi de l'INSEE qui correspondent à des « territoires vécus » et qui sont les supports les plus communément utilisés dans l'action locale de l'Etat.

Je garde à l'esprit que ces territoires seront chacun dotés de Conférence de territoire qui sera au cœur de la dynamique territoriale que vous mettez en place.

J'émets donc un avis favorable au projet de territoires de santé du Nord-Pas-de-Calais.

Jean-Michel BÉRARD

Avis du président du Conseil Général du Pas de Calais

Pas-de-Calais
Le Département

Arras, le 28/09/2010

LE PRÉSIDENT

Dominique DUPILET
Président du Département
Membre Honoraire
du Parlement

Monsieur Daniel LENOIR
Directeur Général
Agence Régionale de Santé Nord - Pas-de-Calais
2 rue de Tenremonde
59042 LILLE

Réf : D1000576 - CB/JD

Monsieur le Directeur Général,

J'ai bien reçu le projet de territoires de la Région Nord-Pas-de-Calais élaboré par l'ARS que vous m'avez fait parvenir.

Conformément à l'article L. 1434-16 du code de la santé publique, les territoires de santé sont définis par l'Agence Régionale de Santé après avis, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des Présidents des Conseils généraux de la région.

J'ai l'honneur de vous faire part de mon avis favorable concernant cette proposition. Cependant, j'espère que le choix de conserver les territoires de santé définis précédemment par l'ARH ne signifie pas que le champ sanitaire prévaudra sur le champ médico-social.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur Général, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Dominique DUPILET

www.pasdecalais.fr

Hôtel du Département
rue Ferdinand Buisson
62018 Arras cedex 9
tél. 03 21 21 62 62
fax. 03 21 21 62 00

DÉPARTEMENT DU PAS·DE·CALAIS

Conseil Général
Département **du Nord**

Direction Générale Adjointe
Chargée de l'Action Sociale
99645-201000981
Réf : YS/MCb
Tél : 0369737155

Lille, le 26 OCT. 2010

Monsieur Daniel LENOIR
Directeur Général de
l'Agence Régionale de Santé
du Nord-Pas-de-Calais
62 boulevard de Belfort
BP 605
59024 LILLE Cedex

Cher Monsieur le Directeur Général,

Par lettre en date du 14 septembre, vous m'avez adressé le projet de territoires de santé élaboré par l'Agence Régionale de Santé du Nord-Pas-de-Calais, conformément à l'article L.1434-16 du code de la santé publique qui prévoit que les présidents des conseils généraux de la région soient sollicités pour émettre un avis.

La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009 dispose que « l'Agence régionale de santé définit des territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier secours ».

Après étude de ce projet et dans la mesure où la répartition du territoire régional en 15 zones de proximité apparaît cohérente avec les territoires mis en place par le Département du Nord en matière d'action sociale et médico-sociale (Directions Territoriales de Prévention et d'Action Sociale), j'ai le plaisir de vous informer que j'émets un avis favorable à la proposition de l'Agence régionale de santé.

Je vous souhaite bonne réception de la présente et vous prie de croire, Monsieur le Directeur Général, en l'expression de mes sentiments les meilleurs et cordiaux.

Bernard DEROSIER
Président du Conseil Général.

Avis du président de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie

Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie du Nord Pas-de-Calais

Avis du 19 octobre 2010 sur le projet « Les territoires de santé » présenté par l'Agence Régionale de Santé

Aux termes des dispositions de la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) concourt, par ses avis, à la politique régionale de santé. Elle peut faire toute proposition au directeur général de l'agence régionale de santé sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région. Elle émet un avis sur le plan stratégique régional de santé. C'est dans le cadre de ces attributions que le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) du Nord Pas-de-Calais a saisi la CRSA par lettre en date du 14 septembre 2010 sur le projet « Les territoires de santé » qui s'inscrit dans le Projet Régional de Santé du Nord Pas-de-Calais.

Sur le sens de la saisine :

La loi HPST du 21 juillet 2009 demande à l'ARS de « définir des territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours ». L'objectif du découpage est donc de répondre au mieux aux spécificités et aux besoins des différents niveaux territoriaux, d'adapter les réponses de santé qui en découlent et d'améliorer la répartition territoriale de l'offre de soins, de l'offre médico-sociale et des politiques et actions de prévention afin notamment de lutter contre les inégalités de santé et de tenir compte des difficultés d'accès aux soins de certaines populations. **Le projet qui est soumis à la CRSA ne concerne à ce stade que les différents niveaux d'organisation spatiale du territoire de la région Nord Pas-de-Calais et pas encore les schémas, plans, projets et actions qui seront adaptés à ce découpage. La CRSA a conscience que cette démarche est la première étape voire le préalable à l'élaboration du Plan Régional de Santé. Elle tient cependant à souligner qu'un espace ne devient un territoire que lorsqu'il est habité, en l'occurrence ici par des projets de santé qui lui donnent son sens et son utilité. Elle sera donc particulièrement attentive au-delà de l'avis qu'elle émet aujourd'hui à l'adéquation entre territoires et projets pour les politiques qui seront élaborées et mises en place par l'ARS.**

Remarque préalable : un effort de standardisation des termes et appellations semble nécessaire. Le terme territoire sans autre précision est souvent utilisé dans les documents de travail sans qu'à priori le niveau concerné soit toujours facilement identifiable. La CRSA propose que seuls soient désormais utilisés les termes proposés par l'ARS soit la région, les territoires de santé, les zones de proximité et les espaces de projet.

Le découpage en lui-même

L'ARS propose de distinguer au sein de la région Nord Pas-de-Calais quatre niveaux géographiques d'intervention :

- Le niveau régional et des relations transfrontalières et avec les autres régions
- Quatre territoires de santé reprenant les limites des bassins de vie des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) antérieurs
- Quinze zones de proximité
- Les espaces de projet, concept nouveau où le territoire d'adapte à l'organisation géographique d'un projet

➢ ***Le niveau régional :***

Il s'impose de lui-même. Il est à l'évidence le territoire d'élaboration du Projet Régional de Santé et de la gestion des questions interdépartementales. **La CRSA souligne qu'il est aussi le territoire naturel d'exercice de structures qui ont de par leurs missions et compétences une activité régionale, activité qu'elle souhaiterait voir explicitement reconnue et citée dans le document : *« La région est aussi l'espace…Des activités de recours et de référence hautement spécialisées réalisées par des équipes hospitalo-universitaires au titre de leur quadruple mission de soins, de formation, de recherche et d'innovation »*.**

En accord avec les constats de L'ARS **la CRSA souligne l'importance des relations interrégionales et transfrontalières** :

✓ Dans le champ médico-social en raison des relations importantes de coopération et de mutualisation de prises en charge avec la Picardie et la Belgique mais aussi de l'organisation de certaines institutions au niveau interrégional comme par exemple la Protection Judiciaire de la Jeunesse

✓ Dans le champ sanitaire

- Pour l'organisation des soins, dans le cadre du schéma inter régional d'organisation des soins ou de démarches spécifiques aux maladies rares ou complexes

- Au niveau « micro territorial » où des projets de coopération peuvent associer des territoires de proximité issus de régions différentes comme par exemple le projet de coopération entre Fourmies et Hirson mais également des projets transfrontaliers associant des hôpitaux de part et d'autre de la frontière franco-belge comme les zones organisées d'accès aux soins transfrontaliers (ZOAST).

- ✓ Dans le champ de la prévention pour la complémentarité et la continuité des actions au niveau transfrontalier (exemple dans le champ de la lutte contre les addictions).

- ✓ Dans le champ des formations médicales, sanitaires, médico-sociales et sociales qui se font de plus en plus au niveau interrégional (le troisième cycle de spécialité en médecine est coordonné au niveau interrégional), transfrontalier et européen (LMD) et qui ont un impact direct sur les ressources humaines disponibles au niveau régional tant sur un plan quantitatif que qualitatif.

La CRSA affirme enfin que la région est l'espace privilégié de mise en concordance avec les politiques nationales de santé et les politiques départementales ainsi que celui des échanges nationaux et internationaux. La région est également le niveau d'analyse des besoins en formation qui relève du Conseil Régional et le lieu de la gestion des flux des professionnels de santé. La CRSA souhaite aussi que tout soit mis en œuvre pour simplifier les démarches des usagers fréquentant les établissements et services transfrontaliers.

- ***Les territoires de santé :***

La proposition de l'ARS est de maintenir quatre territoires de santé calqués sur les bassins de vie des SROS II et IIII soit la Métropole, le Littoral, l'Artois, le Hainaut. Un des points de discussion est le maintien du Douaisis au sein de l'Artois.

La CRSA reconnait que dynamique engagée depuis 1999 au sein des bassins de vie avec la planification sanitaire a permis une bonne structuration du système de soins hospitaliers. Elle constate également que cette structuration est désormais intégrée et acceptée par tous les acteurs des établissements de santé quel que soit leur niveau d'intervention. Elle prend acte également de l'accord des acteurs du secteur médico-social, de la prévention et des soins ambulatoires qui jusqu'alors n'étaient pas (ou peu) concernés par ce niveau territorial tout en restant attentive aux attentes et aux préoccupations du secteur médico-social. Il conviendra dans ce secteur médico-social de mesurer l'impact de ce découpage en termes de planification et de régulation de l'offre en lien avec l'ensemble des partenaires, y compris les Conseil Généraux. La CRSA souligne enfin que les territoires de santé doivent être un espace privilégié pour la transversalité des actions de l'ARS et l'exercice local de la démocratie sanitaire.

La CRSA a examiné également le statut du Douaisis : Si l'offre de services de santé du Douaisis entretient des relations avec celles du Hainaut et notamment de Valenciennes, les arguments abondent pour une logique de rapprochement soit avec la métropole lilloise soit avec l'Artois et notamment le bassin minier. L'évolution actuelle de l'emploi et des échanges commerciaux l'oriente de plus en plus vers la Métropole ou l'Artois. Dans le champ médico-social le Douaisis a connu au cours de ces dernières années un développement significatif de l'offre en liaison avec la Métropole. De nombreux arguments plaident cependant pour un maintien dans l'Artois. Argument démographique car le rattachement du Douaisis à la

Métropole accentuerait encore le déséquilibre entre territoires en faisant passer le territoire de santé de la Métropole à plus d'un million et demi d'habitants ; argument historique car le Douaisis s'inscrit pleinement dans le bassin minier et les projets qui s'y rattachent (UNESCO, Louvre…) ; argument géomatique car l'analyse des flux d'attractions sanitaires et de transport démontre la proximité du Douaisis et de l'Artois ; argument de santé publique enfin et surtout car la dynamique de coopération impulsée et consolidée entre le Douaisis et les autres territoires de l'Artois lors des SROS successifs depuis 1991 apporte une réponse adaptée aux caractéristiques assez homogènes de besoins de santé de la population.

Pour ces raisons, la CRSA est favorable au découpage de la région en quatre territoires de santé calqués sur les ex bassins de vie du SROS soit, la Métropole, le Littoral, le Hainaut et l'Artois en intégrant le Douaisis à l'Artois. Elle souhaite que l'argument « *repenser le projet de modernisation de l'Hôpital de Lens* » soit remplacé par « *favoriser un espace de coopération hospitalière et inter hospitalière* ».

- ***Les zones de proximité :***

L'ARS propose la création de 15 zones de proximité en cohérence avec les secteurs sanitaires utilisés antérieurement. « *Les zones de proximité sont construites par regroupement des EPCI autour des zones d'emploi, et par rapprochement avec la répartition administrative en arrondissements et aux circonscriptions des Conseils Généraux* ». Ces zones de proximité correspondent à une structuration de l'espace locale et peuvent donc être, par essence, très différentes, urbaines, périurbaines ou rurales.

Au sein de la CRSA les offreurs de soins qui jusqu'alors étaient concernés par les territoires sanitaires n'ont pas émis de critiques particulières ou de souhaits de redécoupage de ce niveau de territorialisation. Pour la suite de son analyse de la proposition de l'ARS, la CRSA s'est particulièrement attachée à la cohérence, si ce n'est la concordance entre les zones de proximité et les territoires d'intervention des autres institutions ou organismes notamment dans le champ médico-social ou de la prévention. Elle a pu ainsi constater que cette cohérence était globalement assurée et que la consolidation des zones de proximité au niveau des départements était possible pour les projets bâtis en collaboration avec les Institutions travaillant à ce niveau territorial et notamment les Conseils généraux. Elle rejoint l'ARS dans son analyse du rôle croissant des EPCI comme nouveaux espaces d'organisation des services de proximité. Sous réserve de la vérification de quelques points de détail sur la répartition de communes[12] et sur un arbitrage pour certaines communes[13] la CRSA approuve la création et la répartition des zones de proximité telles qu'elles sont proposées par l'ARS.

[12] Exemples : La commune de Pérenchies figure dans le projet de liste dans la zone de proximité Flandre Intérieure alors qu'elle appartient au canton de Quesnoy sur Deûle. La commune de Capinghem appartenant au canton d'Armentières et figure, dans le projet de liste dans la zone de proximité de Lille.

[13] Certains s'interrogent sur le positionnement de la commune du Quesnoy qui reste rattachée dans la zone de proximité Sambre-Avesnois selon les propositions actuelles de l'ARS alors qu'elle était prise en compte dans la zone de Valenciennes lors des précédents SROS.

- ***Les espaces de projet : et d'initiative ??***

Pour l'ARS *« Ce sont les territoires de l'action locale : les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI), sur lesquels est principalement fondé le découpage, mais aussi les Pays, les territoires des Programmes Territoriaux de Santé (PTS), les territoires de prévention et de l'action sociale, les secteurs de la psychiatrie. Il n'est pas possible, et probablement pas souhaitable d'harmoniser l'ensemble de ces découpages car ils sont dépendants des initiatives et des volontés locales. Les différents espaces seront gérés dans le cadre des Territoires de Santé et des zones de proximité, dans la mesure où ils sont cohérents avec eux (c'est le cas des PTS). Ils pourront, avec les zones de proximité, servir de base aux contrats locaux de Santé. Ceux-ci permettront de gérer des bassins à cheval entre plusieurs zones de proximité, plusieurs territoires de santé, ou plusieurs régions, voire de manière transfrontalière ».*

Cette innovation est particulièrement appréciée des membres de la CRSA. Elle répond au souhait de pouvoir développer des projets qui ne s'inscrivent pas strictement dans les territoires de santé ou les zones de proximité. Elle fournira en particulier un cadre aux projets construits au plus près des citoyens et des situations sociales sur un espace plus petit que les zones de proximité comme le développement d'actions locales (équipes mobiles par exemple). Cet espace ne doit pas selon la CRSA ne concerner que l'action locale mais aussi également les projets ne respectant pas les découpages instaurés par les territoires de santé ou les zones de proximité. Cette proposition permettra enfin de répondre à la question des secteurs de psychiatrie maintenus comme territoires fonctionnels de référence pour la prise en charge en santé mentale et qui n'ont été remis en cause ni par les précédents SROS ni par la loi HPST.

Le concept d'espace de projet reste ouvert. Il doit s'enrichir à la lumière des expériences qui seront réalisées et du développement des projets locaux. Il conviendra de faire confiance aux acteurs de terrain et d'accompagner leurs démarches. Néanmoins, les limites des différents périmètres ne doivent pas faire obstacle au déploiement d'actions concertées entre l'action sanitaire, l'action médico-sociale et l'action sociale, notamment en direction des personnes les plus fragiles (personnes âgées, personnes handicapées, personnes souffrant de difficultés psychiques, ou en situation de précarité…).

La CRSA propose donc d'ajouter, à la page 13 du document proposé par l'ARS, le paragraphe suivant :

La porosité entre les niveaux d'organisation territoriale :

Les membres de la CRSA souhaitent que les frontières créées par ce découpage géographique n'instaurent pas des espaces qui soient un frein aux pratiques et aux projets des acteurs dans les domaines du soin somatique et psychiatrique, du médico-social et de la prévention. La CRSA souhaite le maintien d'une certaine souplesse et d'une porosité entre les territoires de santé et entre les territoires et les zones de proximité. Elle souhaite

que soit notamment pris en compte les difficultés d'accès des populations rurales de certaines zones éloignées et mal desservies (Hesdin et les cantons limitrophes par exemple). Dans le secteur du soin les coopérations doivent pouvoir être à géométrie variable, plus petites que les zones de proximité dans certains cas ou dépassant les frontières dans d'autres selon les projets ou les disciplines. La constitution de Communautés Hospitalières de Territoire ne doit pas être confondue avec les délimitations géographiques définies administrativement. Même dans le soin ambulatoire, le maintien d'une démographie des professions de santé acceptable[14] peut passer par l'existence de pôles de recours et de référence situés dans des zones de proximité voisines. Dans le champ médico-social une même préoccupation est exprimée notamment en raison de la modularité des réponses apportées aux besoins de la population voire à la raison sociale des acteurs. Le projet associatif correspond à priori à des missions, à des objectifs, à une ambition et n'est pas forcément calé sur un territoire fermé. Dans le champ de la prévention l'articulation des projets et actions, des EPCI à la région doit être assurée.

Les fonctions et missions attachées aux différents niveaux de découpage géographique

Ce point n'est pas abordé dans le document présenté par l'ARS. Comme nous l'avons rappelé en introduction ce découpage géographique n'est qu'une première étape nécessaire, un préalable à l'élaboration du Projet Régional de Santé. Les fonctions et missions de ces territoires seront probablement la déclinaison des différents schémas et plans construits dans les mois prochains. A ce stade quelques préconisations ont été cependant émises par la CRSA.

- ***La fonction générale des territoires :***

Le découpage entre les différents niveaux de territoire permettra une structuration de l'offre de services de santé. **La CRSA souligne que cette structuration de l'offre ne permet cependant pas, par elle-même, à assurer l'équité en tout point du territoire régional si elle ne s'accompagne pas d'une analyse territorialisée des besoins des usagers prenant notamment en compte les facteurs habituellement évoqués pour expliquer les inégalités sociales de santé. Les projets de territoires ou de zones de proximité devront donc mettre en avant la réponse aux besoins des usagers dans les champs de la prévention et des prises en charge sanitaires ou médico-sociales.**

- ***Le besoin d'une meilleure connaissance des territoires :***

La CRSA constate qu'à ce jour, les informations disponibles sur les différents niveaux de territoires restent fragmentaires et incomplètes.

[14] Y compris les nouvelles structures en santé comme les maisons de santé

La CRSA souhaite que soit mieux documentée :

- ✓ L'analyse des différents types de besoins des populations (sanitaires, médico-sociaux, en prévention) en bâtissant des outils d'observation communs aux différents secteurs et acteurs de la santé
- ✓ L'offre et les pratiques dans tous les champs concernés par l'ARS en ne se limitant pas au recueil des capacités de production (nombre de lits ou de places, démographie des professionnels, etc.) mais surtout en s'attachant à l'activité réelle quantitative et qualitative des offreurs y compris en ambulatoire en intégrant l'analyse de leurs zones d'influence. Cet analyse devra prendre en compte les synergies avec les objectifs et les plans d'action mis en œuvre par les autres institutions et notamment les Conseils Généraux.
- ✓ L'analyse de la démographie des populations concernées par les différents niveaux de découpage géographique en intégrant les mouvements et la fluidité de ces populations, les migrations saisonnière et les évolutions démographiques.

La CRSA préconise enfin qu'une véritable vision prospective territorialisée soit initiée sur :

- ✓ L'état de santé de la population régionale
- ✓ L'évolution et l'émergence des risques en santé
- ✓ L'évolution des pratiques professionnelles
- ✓ La démographie des professionnels des champs sanitaires, médico-sociaux et des acteurs de prévention

En conclusion au-delà du découpage qui lui est aujourd'hui proposé la CRSA sera très attentive aux objectifs et aux missions qui seront affectés aux territoires et à leurs ajustements par rapport aux besoins des populations. Elle souhaite qu'à terme elle puisse évaluer l'impact de la mise en œuvre du Projet Régional de Santé sur ces différents territoires et notamment sur les espaces de projet.

Tels se présentent les avis et recommandations de la CRSA du Nord Pas-de-Calais adoptés le 19 octobre 2010 sur le projet « Les territoires de santé » dans le cadre des dispositions de l'article Art. L. 1432-4 du code de la santé publique et du décret n° 2010-348 du 31 mars 2010 relatif à la Conférence régionale de santé et de l'autonomie