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

2023-2028
PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ
DES HAUTS-DE-FRANCE

PRS
ARS HAUTS-DE-FRANCE - PRS2 // 2018-2028
CADRE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE
SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ
PRAPS

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Hauts-de-France

SOMMAIRE

INTRODUCTION 4

DIAGNOSTIC SOCIO SANITAIRE 6

LES PROBLÉMATIQUES 12

LES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS 15

Objectif opérationnel 1 : Intensifier la lutte contre le renoncement et les retards de soins sur l'ensemble du territoire 16

Objectif opérationnel 2 : Déployer des projets d'inclusion numérique et inclure du numérique dans les dispositifs d'inclusion en santé 17

Objectif opérationnel 3 : Poursuivre le renforcement de l'offre spécifique de santé pour les personnes en grande précarité, dans une logique de parcours à l'échelle des territoires et pour un relais vers le droit commun de la santé 18

Objectif opérationnel 4 : Poursuivre le décloisonnement des politiques publiques et des acteurs 19

Objectif opérationnel 5 : Définir et déployer une stratégie d'actions pour garantir la prise en compte de la parole et de l'expertise des personnes les plus démunies 20

ANNEXES 21

GLOSSAIRE 41

INTRODUCTION

Créé par la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998, le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) a été conforté par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 comme l'unique programme obligatoire du projet régional de santé (PRS).

Le PRAPS est révisé sur le même calendrier que le Schéma régional de santé (SRS) dont il constitue un des objectifs généraux (OG 8) en réponse à l'enjeu transversal de réduction des inégalités sociales de santé du PRS.

L'ensemble des problématiques, des objectifs et des actions définis en 2018 ont été réinterrogés au regard du bilan de la mise en œuvre du PRAPS 2018-2023, de l'évolution du contexte socio-sanitaire, des enseignements de la crise sanitaire et enfin des perspectives annoncées du Pacte des Solidarités.

Le PRAPS privilégie une approche des besoins de santé des populations à travers le prisme des parcours de santé. Cette approche permet ainsi l'observation et l'identification des points de ruptures des prises en charge, des causes de non recours aux soins. Ainsi, parmi les parcours et thématiques de santé structurant le SRS, certains devront s'attacher, dans leur mise en oeuvre, à poursuivre ou développer une attention particulière en faveur des populations précaires (addictions, santé mentale, jeunes, parcours des 1000 premiers jours, prévention et promotion de la santé,...).

Il favorise, dans une logique de parcours, la coordination des politiques publiques intersectorielles autour des inégalités sociales de santé (logement, emploi, éducation, santé, sociales et médico-sociales ...), dont l'aggravation a été mise en évidence par la crise COVID-19.

C'est pourquoi, dans la continuité des engagements pris pour 2018-2023, le PRAPS devra concourir de manière resserrée aux ambitions du Pacte des solidarités dans une approche préventive et interministérielle de la lutte contre la pauvreté en anticipation de la reproduction et du basculement dans la pauvreté.

Le PRAPS doit permettre une articulation efficiente de la politique régionale de santé avec toutes les réformes et chantiers structurants à l'œuvre : service public de la rue au logement, service public de la petite enfance, France Travail...

Consolidés notamment par les enjeux de protection des plus vulnérables lors de la crise COVID, les liens avec la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) et le réseau des Directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités (DDETS) sous l'égide de la commissaire à la lutte contre la pauvreté en seront un facteur de réussite.

Aussi, en tant qu'interface avec le Pacte des Solidarités, une vigilance sera portée à la transversalité du PRAPS et sa complémentarité avec les objectifs du SRS mais aussi avec les outils de territorialisation de ce dernier, au premier rang desquels les Contrats locaux de santé (CLS).

Dans ce cadre, le diagnostic actualisé du PRAPS (annexe) produit par l'observatoire régional de la santé et du social (OR2S) sera mis à disposition des travaux de diagnostic et de contractualisation, à l'échelle de chaque département, relatifs au déploiement du Pacte des solidarités piloté par la commissaire à la lutte contre la pauvreté.

La stratégie d'actions du PRAPS 2023-2028 s'articule autour des 5 objectifs opérationnels suivants :
- intensifier la lutte contre le renoncement et les retards de soins sur l'ensemble du territoire ;
- déployer des projets d'inclusion numérique et inclure du numérique dans les dispositifs d'inclusion en santé ;
- poursuivre le renforcement de l'offre spécifique de santé, pour les personnes en grande précarité, dans une logique de parcours à l'échelle des territoires et pour un relais vers le droit commun de la santé,
- poursuivre le décloisonnement des acteurs et des politiques publiques ;
- définir et déployer une stratégie d'actions pour garantir la prise en compte de la parole et de l'expertise des plus démunis.

Ces objectifs seront traduits dans un plan d'actions à 5 ans dans lequel, de façon transversale, la prise en compte de la parole et de l'expertise des personnes concernées sera levier de réussite.

Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de ce plan d'actions sera assuré par le comité régional de réduction des inégalités sociales de santé installé en 2021 pour renforcer le cadre de gouvernance stratégique de la lutte contre ces inégalités. Dans la région, le choix a été fait d'une co-animation ARS et commissaire à la lutte contre la pauvreté.

Afin de garantir la transversalité et la cohérence des politiques de santé dans la région, l'Assurance Maladie co-pilote de ce programme, sera étroitement associée à l'animation de ce comité régional.

L'ARS pourra s'appuyer sur ce cadre renforcé de gouvernance pour consolider sa stratégie de lutte contre les inégalités de santé et innover en matière d'action intersectorielle sur les déterminants de santé, levier du virage préventif attendu du système de santé.

LIENS AVEC LES OBJECTIFS GÉNÉRAUX

- Objectif général 1 « Porter une stratégie de prévention ambitieuse pour les Hauts-de-France »
- Objectif général 2 « Promouvoir un environnement favorable à la santé »
- Objectif général 3 « Développer le sport-santé, lutter contre l'obésité et le diabète »
- Objectif général 4 « Favoriser le parcours de vie en santé mentale, prévention, diagnostic, prise en charge »
- Objectif général 5 « Prévenir et agir face aux conduites addictives »
- Objectif général 6 « Optimiser le parcours des personnes atteintes de maladies cardio-neurovasculaires ou respiratoires sévères »
- Objectif général 7 « Réduire les inégalités sociales et territoriales liées au cancer »
- Objectif général 11 « Déployer le parcours des 1000 premiers jours et améliorer la santé de la femme et de l'enfant »
- Objectif général 12 « Promouvoir la santé des jeunes »
- Objectif général 13 « Accompagner le vieillissement et soutenir les aidants »
- Objectif général 14 « Promouvoir les parcours de vie sans rupture et l'inclusion des personnes en situation de handicap »
- Objectif général 15 « Garantir l'accès aux professionnels de santé dans les territoires »
- Objectif général 16 « Garantir la réponse aux besoins de soins non programmés et aux urgences »
- Objectif général 20 « Poursuivre le développement du numérique au service de l'accès aux soins dans les territoires »
- Objectif général 21 « Mettre en œuvre les innovations du conseil national de la refondation et déployer des feuilles de route territoriales »
- Objectif général 22 « Faire alliance avec les partenaires pour la prévention et l'attractivité des métiers »
- Objectif général 24 « Mobiliser les usagers et les citoyens comme acteurs de la politique de santé et faire vivre la démocratie sanitaire »

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

Ainsi les logos sont les suivants :

Prévention

Environnement

Offre médico-sociale

Offre de soins hospitalière

Offre de soins de 1er recours

Veille et sécurité sanitaire

DIAGNOSTIC SOCIO-SANITAIRE

Le diagnostic du PRAPS a pour objectif d'aider les acteurs intervenant auprès des populations démunies à mieux cibler leur action dans les territoires prioritaires, en matière d'accès à la prévention et aux soins.

Ce document a été réalisé par l'observatoire régional de la santé et du social (OR2S). Il s'inscrit dans la démarche globale de diagnostic du PRS 2 d'analyse et d'appui à la définition de priorités. Il se situe au croisement du diagnostic territorialisé des Hauts-de-France et des diagnostics territoriaux conduits dans le cadre des conseils territoriaux de santé.

Une typologie sociale a été réalisée sur l'ensemble des communes des Hauts-de-France, l'objectif étant de regrouper dans une même classe (ou profil) celles qui présentent des caractéristiques proches.

Elle repose sur huit indicateurs* traitant de thématiques variées du domaine social.
Un point de vigilance sur la lecture de ce diagnostic : l'analyse porte sur des indicateurs agrégés par commune, aussi le fait qu'une classe présente la situation la plus défavorable de la zone d'analyse (l'ensemble des Hauts-de-France) ne signifie pas que l'ensemble de la population est dans une situation plus précaire, mais qu'une part plus importante de la population vivant dans ces zones se retrouve dans une telle situation. Ce diagnostic permet donc de localiser les zones qui concentrent une part importante de précarité et de mesurer le poids de leur population entre et au sein de chaque département de la région.

Aussi, pour chaque type de profil, le diagnostic dresse les principales caractéristiques sociodémographiques et les quelques indications sanitaires majeures (espérance de vie, mortalité par pathologies, etc.). Cette analyse détaillée de chaque profil de communes se situe en annexe. Si le diagnostic souligne combien le lien entre situation sociale et état de santé est fort, il permet également de voir comment varient ces indicateurs entre départements à profil de communes identique. Il permet ainsi d'affiner les stratégies de déclinaison territoriale du PRS.

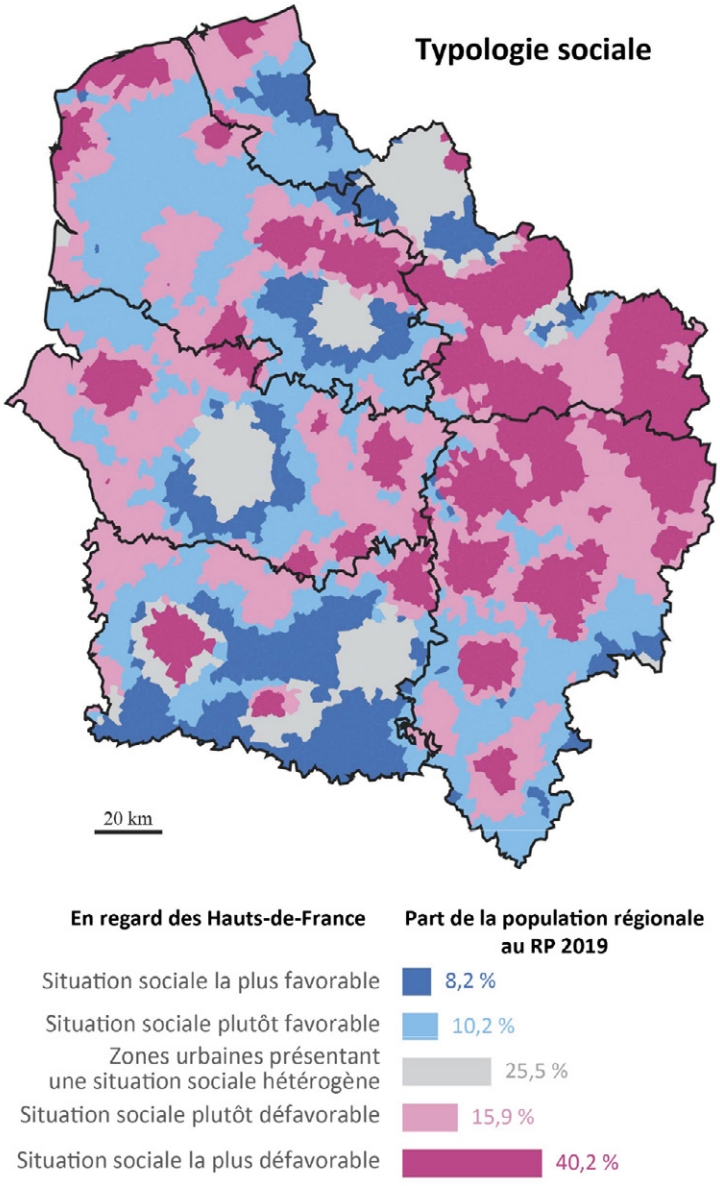
Ce diagnostic régional constitue un référentiel commun d'identification de territoires prioritaires permettant de décliner les objectifs généraux du SRS et leurs plans d'action, afin de contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Les cibles seront les territoires à situation sociale défavorable ainsi que les territoires prioritaires de la politique de la ville.
Néanmoins, il est possible que la territorialisation de certaines actions se définisse en dehors de ce cadre lorsqu'elles disposent de leurs propres indicateurs de référence et/ou plus pertinents.

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

Les territoires des Hauts-de-France ne sont pas homogènes quant à leur population dans nombre de domaines, notamment pour ce qui est du gradient social. Toutefois, il existe des similitudes entre territoires, sans pour autant que ceux-ci soient nécessairement contigus. Une méthode permet un découpage maximisant les écarts entre groupes - la classification ascendante hiérarchique - et, dans le cas présent, avec un nombre de classes, le plus approprié, de cinq. La typologie obtenue fait ressortir deux groupes caractérisés par une situation sociale défavorable, la plus défavorable concernant deux habitants sur cinq[1]. De l'autre côté de l'échelle, deux classes comprennent des communes avec une situation sociale favorable en regard du reste de la région ; cela concerne moins d'un habitant sur cinq. Entre les deux, une classe est relativement hétérogène avec notamment de forts contrastes entre les villes et leur périphérie, d'une part, et entre les villes elles-mêmes, d'autre part.

Deux habitants sur cinq domiciliés dans une commune où la situation sociale est la plus défavorable.



Sources : CCMSA, Cnaf, Insee, Ministère de l'Action et des Comptes publics - DGFiP - Exploitation OR2S

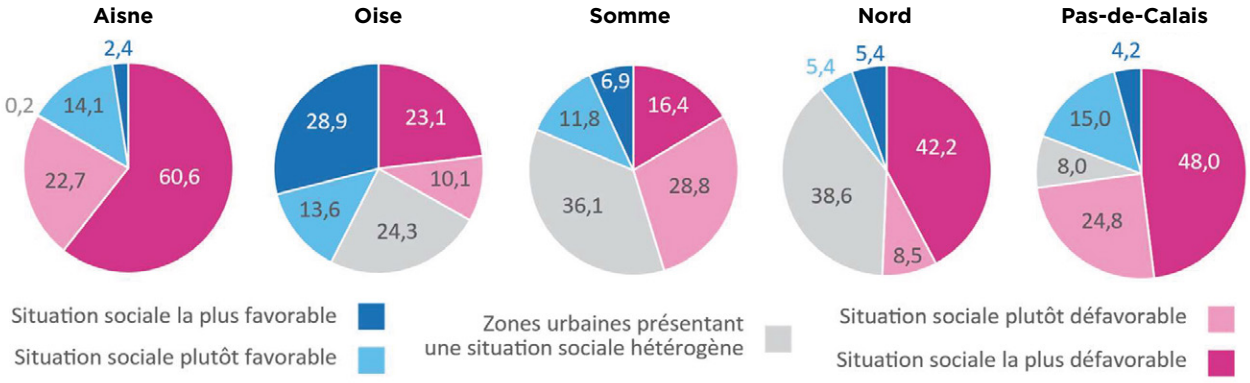
[1] Un point de vigilance est à apporter sur la lecture de ce document : l'analyse porte sur des indicateurs agrégés par commune ; aussi, le fait qu'une classe présente la situation la plus défavorable de la zone d'analyse ne signifie pas que l'ensemble de la population est dans une situation plus précaire, mais qu'une part plus importante de la population vivant dans ces zones se retrouve dans une telle situation.

Comme cela est titré à la page précédente, la classe rassemblant le maximum d'habitants est celle dont la situation sociale est la plus défavorable, ses communes regroupant quelque 40 % des habitants de la région. En ajoutant ceux des communes au profil plutôt défavorable, 56 % des habitants des Hauts-de-France sont domiciliés dans une commune présentant une situation sociale fragile, ce qui concerne de fait 3,36 millions d'habitants (sur les quelque 6 millions au 1er janvier 2019). Un habitant sur quatre est rattaché à la classe des zones urbaines dont la situation sociale est hétérogène et un sur douze à la classe dont la situation sociale est la plus favorable. Enfin, un habitant sur dix est domicilié dans une commune au profil social plutôt favorable.

La répartition de la population suivant la classe sociale est très disparate selon les départements comme le font ressortir les illustrations ci-dessous. Ainsi, l'Oise est le département qui compte la plus faible part d'habitants domiciliés dans une commune appartenant à l'une des deux classes les moins favorisées (un tiers) et, à l'inverse, plus de deux personnes sur cinq vivent dans une commune d'une des deux classes socialement plus favorisées (2,3 fois moins pour l'ensemble de la région).

Cinq Axonais sur six sont domiciliés dans une commune classée dans une des deux classes ayant les indicateurs sociaux les plus défavorisés, et près des trois quarts des personnes pour le Pas-de-Calais. Si souvent les communes ayant les caractéristiques sociales les plus défavorisées sont situées au niveau de certains pôles plus urbanisés, des zones plus rurales de l'Aisne appartiennent également à cette classe, notamment dans une grande partie du nord du département. Dans la continuité géographique de cette zone de l'Aisne, le sud-est du département du Nord se retrouve dans une situation sociale particulièrement dégradée, ce qui est moins le cas dans l'ouest. Pour la Somme, la partie centrale autour du pôle amiénois se retrouve dans la classe intermédiaire (plus d'un tiers de la population du département), se distinguant des zones de l'ouest et de l'est, communes situées essentiellement dans la classe plutôt défavorable. Le pourcentage de cette dernière classe est le plus élevé de tous les départements, représentant le double du poids de cette classe dans les quatre autres départements.

Répartition de la population départementale au RP 2019, selon le profil social



Sources : CCMSA, Cnaf, Insee, Ministère de l'Action et des Comptes publics - DGFiP - Exploit ation OR2S

Indicateurs retenus pour réaliser la typologie sociale

- Taux de fécondité des jeunes femmes de 12-20 ans en 2015-2021 (Insee).
- Part de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans au RP 2019 (Insee).
- Part de foyers fiscaux non imposés sur le revenu de 2020 (ministère de l'Action et des Comptes publics - DGFiP)*.
- Taux de chômage au RP 2019 (Insee).
- Part de jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire pas ou peu diplômés au RP 2019 (Insee).
- Part de cadres et professions intellectuelles supérieures occupés au RP 2019 (Insee).
- Taux d'allocataires du RSA au 31 décembre 2021 (CCMSA, Cnaf, Insee).
- Taux d'allocataires de 20-64 ans de l'AAH au 31 décembre 2021 (CCMSA, Cnaf, Insee).

* Au moment de la réalisation de la typologie sociale, les données pour les revenus de 2021 n'étaient pas encore disponibles.

SYNTHÈSE

La classification ascendante hiérarchique, obtenue à partir de huit indicateurs (couvrant des thématiques variées) qui avaient déjà été retenus lors de l'accompagnement du Praps 2018-2023, met en avant les spécificités sociales et territoriales des Hauts-de-France. Comme antérieurement, cette typologie s'avère optimisée par un découpage en cinq groupes, chacun présentant des particularités propres.

Toutefois, quel que soit le nombre proposé, il ne prend un sens qu'en comparaison avec d'autres valeurs[2]. Ainsi, pour chaque classe explicitée en annexes, les comparaisons sont déclinées sur plusieurs territoires. De manière classique, elles sont proposées en regard des deux territoires de référence que sont l'ensemble des Hauts-de-France et la France hexagonale. Le deuxième type de comparaison se fait vis-à-vis des autres classes, mais, compte tenu de certaines valeurs, la comparaison avec le reste de la région, soit les quatre autres classes regroupées, est une information s'avérant parfois judicieuse. Enfin, les critères de construction de la typologie ont été appliqués à la France hexagonale, ce qui a permis une même analyse pour l'ensemble des régions et pour un regroupement de régions. C'est ainsi que toutes les régions de France hexagonale ont été regroupées, hormis naturellement les Hauts-de-France, mais aussi l'Île-de-France, si particulière pour nombre d'indicateurs. Les tableaux figurant en fin des annexes permettent à tout un chacun de se rendre compte des écarts entre territoires sur quelques indicateurs socio-démographiques, de densité en professionnels de santé et de mortalité.

Le premier constat qui ressort est que les Hauts-de-France en regard de ce reste de la France présentent une grande fragilité sociale, complétée d'un médiocre état de santé.

Ainsi, les deux classes les plus précaires regroupent 56 % de la population contre un peu plus de 20 % dans ce reste de la France, la différence la plus sensible provenant de la classe sociale la plus défavorable (respectivement 40 % de la population contre 7 %). Cela est d'autant à relativiser que les indicateurs sont souvent meilleurs dans le domaine social pour la classe du reste de la France. Deux exemples pour bien se rendre compte des différences entre ces deux classes au détriment du local : le revenu moyen par foyer fiscal est inférieur de près de 2 000 € et le taux de chômage des 15-24 ans supérieur de plus de 5 points entre la classe la plus défavorable des Hauts-de-France et celle identique du reste de la France.

À l'opposé, les deux classes présentant les situations sociales les plus favorables agrègent un peu plus de 18 % de la population régionale contre 20 points de plus dans le reste de la France, dont 12 points pour la seule classe la plus favorable. Contrairement au constat précédent, les différences pour les indicateurs sociaux ne se font pas au détriment des habitants des Hauts-de-France, certains indicateurs s'avérant meilleurs, mais l'amplitude populationnelle du groupe national n'est sûrement pas anodine dans l'obtention de ces résultats.

En revanche, les différences sur les aspects sanitaires entre les deux classes les plus favorables, mais qui se retrouvent dans toutes les autres, que ce soit pour les densités en professionnels de santé ou pour les indicateurs de mortalité, sont toujours au détriment du local. Ce constat peut être illustré à travers deux exemples : la densité en infirmiers est inférieure de 44 points et le surplus de mortalité par pathologies liées à une consommation d'alcool chez les femmes supérieur de 36 points. Sur tous les indicateurs analysés dans le domaine sanitaire, seules deux situations sont inversées : dans la classe intermédiaire, la densité de médecins généralistes libéraux est légèrement supérieure localement et, pour la mortalité, seule celle des femmes pour les pathologies liées à la consommation de tabac appartenant à la classe sociale la plus défavorable se situe légèrement en dessous. C'est toujours pour les décès féminins liés à ces dernières pathologies qu'est enregistré un taux moindre à la valeur de la France hexagonale : il s'agit en l'occurrence de la classe intermédiaire.

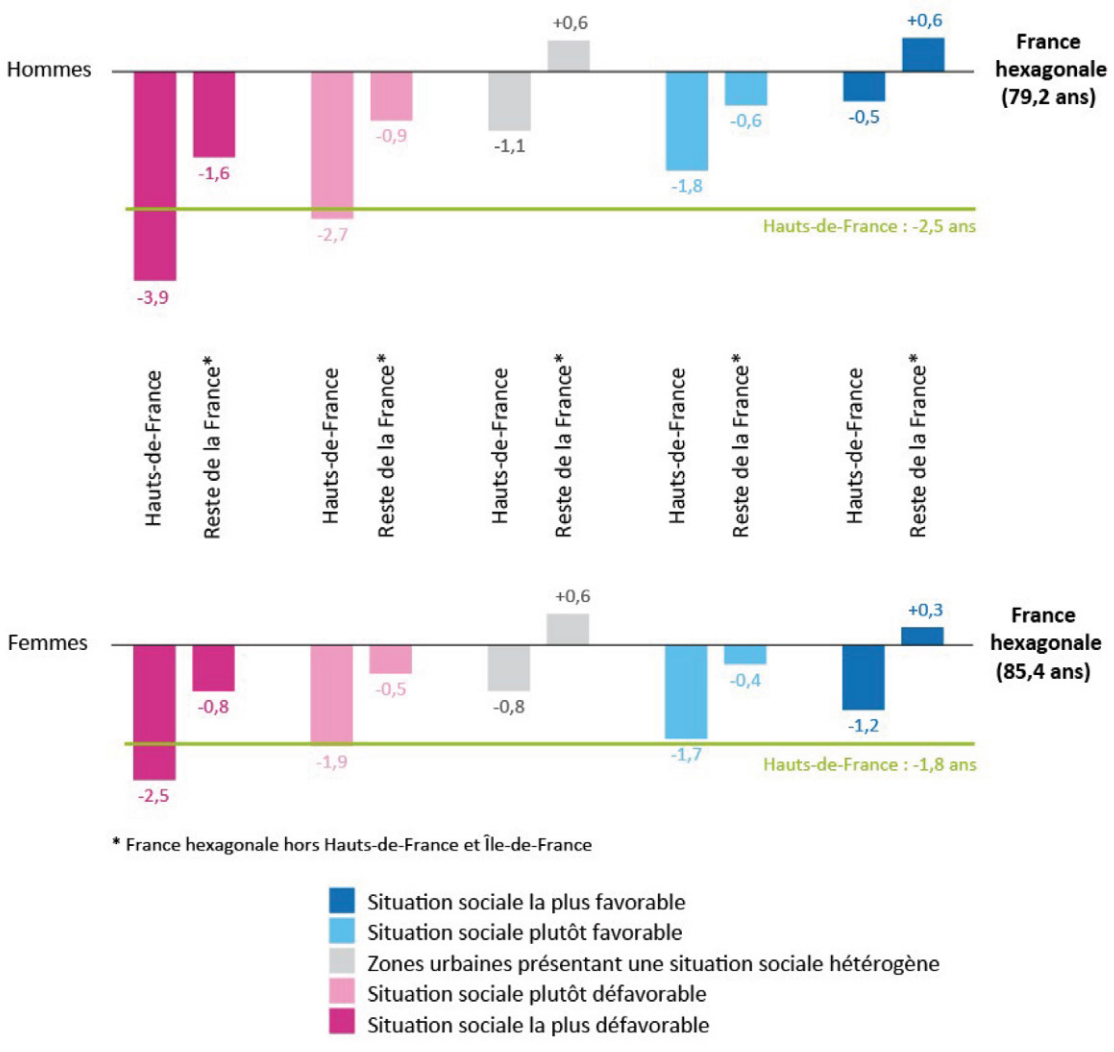
Ces quelques valeurs montrent combien la situation régionale demeure préoccupante, y compris en segmentant la population en regard d'indicateurs sociaux.

[2] Sans même introduire une notion supplémentaire plus complexe, mais souvent indispensable qu'est la significativité.

Alors que faire ? Un indicateur de synthèse de la mesure de l'état de santé est également intéressant à regarder pour des actions à venir : il s'agit de l'espérance de vie à la naissance qui varie très peu, chez les femmes, entre classes similaires (de 1,3 an à 1,6 an d'écart avec l'ensemble de la France hexagonale), mais qui passe quasiment du simple au double chez les hommes (1,2 an en moins dans les deux classes les plus favorables et 2,3 ans en moins dans la classe la plus défavorable toujours par rapport à la France hexagonale).

Se doter d'indicateurs autour des comportements sur cette population ciblée n'en devient que plus nécessaire pour permettre, d'adapter au mieux les actions afin, à terme, d'améliorer globalement la santé de la population.

Différentiel avec la France de l'espérance de vie à la naissance en 2011-2017 (en année)



* France hexagonale hors Hauts-de-France et Île-de-France

- Situation sociale la plus favorable
- Situation sociale plutôt favorable
- Zones urbaines présentant une situation sociale hétérogène
- Situation sociale plutôt défavorable
- Situation sociale la plus défavorable

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

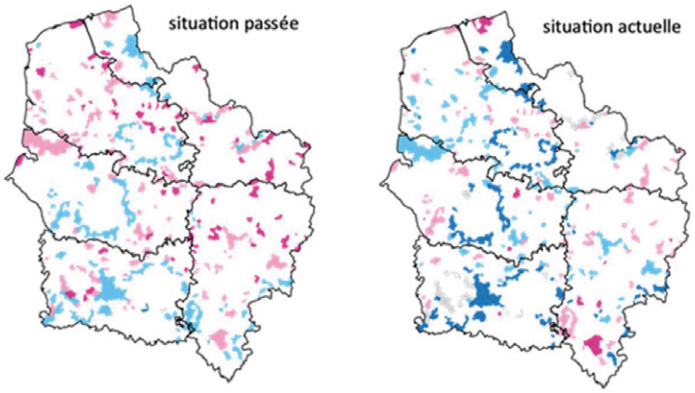
Évolution de la situation sociale

Une première typologie sociale avait été réalisée dans le cadre du Praps 2018-2023. L'analyse des évolutions réalisée ici porte sur la comparaison de la situation de l'époque, dite « situation passée » à celle observée actuellement. Aussi, dans la majorité des cas, les indicateurs ont été calculés sur les périodes retenues lors de la précédente analyse. Une exception est à noter : le taux d'allocataires du RSA qui a été considéré au 31 décembre 2016 pour l'analyse des évolutions et non au 31 décembre 2015 (comme ce qui était fait dans le cadre du Praps qui se termine en 2023) du fait d'une évolution de la définition de cet indicateur.

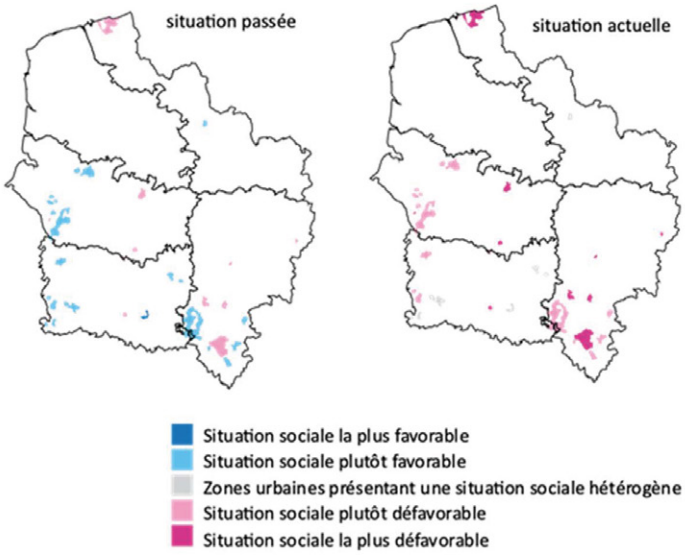
Les indicateurs sociaux retenus pour effectuer la typologie sociale ont, dans la majorité des cas, peu évolué entre les deux périodes d'analyses. Tant pour la région que pour la France, trois indicateurs enregistrent toutefois une évolution notable. Le taux de fécondité des jeunes femmes de 12-20 ans a diminué (de l'ordre de 30 %), de même que la part de jeunes sortis du système scolaire pas ou peu diplômés (de l'ordre de 15% en France et de 10 % en région) et le taux d'allocataires de 20-64 ans de l'AAH a augmenté (de l'ordre de 15 %). Dans une moindre mesure, la part de cadres et professions intellectuelles supérieures a un peu progressé (de l'ordre de 7/8 %).

Afin de mesurer les évolutions, les analyses ont été extrapolées aux communes des Hauts-de-France en considérant les valeurs des indicateurs lors de la « situation passée ». Autrement dit, la situation actuelle a permis de définir « un modèle » qui a ensuite été appliqué à la situation passée. Peu de communes ont changé de classe sociale entre les deux périodes et dans la majorité des cas, les communes qui ont changé de classe ont vu leur situation s'améliorer. Quelques spécificités sont toutefois à noter, comme l'illustrent les deux cartes ci-dessous, avec une dégradation de la situation sociale pour quelques communes. Des analyses complémentaires seraient à mener pour comprendre les indicateurs responsables de la dégradation de la situation sociale sur ces territoires.

Communes ayant changé de classe



Communes ayant changé de classe, avec une dégradation de la situation sociale



LES PROBLÉMATIQUES

La région Hauts-de-France, à l'instar d'autres régions sort de la crise sanitaire frappée d'une fragilisation de la société, de l'augmentation des phénomènes d'isolement social et de l'aggravation de l'urgence sociale dans les villes comme en zones rurales.

Cela entraîne un important déclassement de la santé dans les priorités des populations précaires qui, cumulé à des problématiques de démographies médicale et paramédicale, conduit à une augmentation du risque de non recours aux soins déjà important dans la région. En cause, aussi, une relation soigné-soignant altérée par les représentations que peuvent avoir certains professionnels de santé sur la précarité, pouvant conduire à une inadaptation de la réponse voire à des possibles refus de soins.

La fracture numérique qui accroît inégalités sociales de santé.
Nombreux sont les cas de figure où numérique et santé mettent les usagers en difficulté et en situation de rupture, notamment par appréhension ou difficulté d'utilisation des outils numériques.
Par ailleurs, si ce virage du numérique est en cours, il existe encore des disparités importantes de maturité numérique chez les différents acteurs qui concourent à la prise en charge sur l'ensemble des secteurs : sanitaire, médico-social et ambulatoire, et en particulier dans les dispositifs d'inclusion en santé.

Le Ségur de la santé a permis une avancée significative dans le déploiement des dispositifs passerelles de repérage, d'accompagnement et de relais vers le droit commun pour les personnes les plus éloignées du soin, en situation de grande pauvreté ou d'exclusion. Néanmoins, ces dispositifs spécifiques n'existent pas partout dans la région. Par ailleurs, lorsqu'ils existent, ils ne sont pas forcément identifiés ou accessibles.
La visibilité de ces dispositifs est d'autant plus nécessaire que, pour la majorité d'entre eux dédiés initialement à la rue, leurs équipes interviennent aussi désormais de plus en plus au domicile des personnes. En effet, l'aggravation de l'urgence sociale conduit à des situations de grande précarité au domicile, avec des problématiques majeures de troubles psychiques et/ou des personnes en proie à des addictions. Cela augmente le nombre et la nature des partenaires avec lesquels elles doivent s'articuler pour éviter l'aggravation de la situation globale de la personne.

Des cloisonnements entre acteurs qui impactent la pertinence des prises en charge.
Faute de coordination, la diversité et le cloisonnement des interventions peuvent en effet avoir pour effet un rejet des propositions d'accompagnement.
Ce cloisonnement se situe à la fois :
- Entre acteurs du champ de la santé eux-mêmes. En particulier, en cas de troubles associés de santé mentale et d'addictions, les recours aux dispositifs de soins restent cloisonnés ;
- Entre acteurs du champ de l'insertion sociale et de la santé.

En cause, notamment, le cloisonnement des politiques publiques tant au niveau national qu'à l'échelle des instances stratégiques de gouvernance régionale ou départementale.
Les conséquences en termes d'accès aux soins et de continuité de prise en charge sont transversales à toutes formes de précarité. Elles concernent aussi particulièrement les populations de migrants, de réfugiés et de demandeurs d'asile.

Des messages de prévention qui n'atteignent pas les populations vulnérables, a fortiori en situation de grande pauvreté ou d'exclusion. En cause notamment, des stratégies de prévention qui ne mobilisent pas suffisamment la parole et l'expertise des usagers.
A contrario, elles peuvent générer un sentiment culpabilisant ou stigmatisant.
L'enjeu de connaissance, de compréhension et de lisibilité est majeur pour que les publics les plus éloignés de la prévention et du soin puissent trouver et utiliser les connaissances disponibles sur la santé afin de prendre des décisions éclairées concernant leur propre santé ou celle d'un proche.

LES OBJECTIFS DU PRAPS

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

1. **INTENSIFIER LA LUTTE CONTRE LE RENONCEMENT ET LES RETARDS DE SOINS SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE**
2. **DÉPLOYER DES PROJETS D'INCLUSION NUMÉRIQUE ET INCLURE DU NUMÉRIQUE DANS LES DISPOSITIFS D'INCLUSION EN SANTÉ**
3. **POURSUIVRE LE RENFORCEMENT DE L'OFFRE SPÉCIFIQUE DE SANTÉ POUR LES PERSONNES EN GRANDE PRÉCARITÉ, DANS UNE LOGIQUE DE PARCOURS À L'ÉCHELLE DES TERRITOIRES ET POUR UN RELAIS VERS LE DROIT COMMUN DE LA SANTÉ**
4. **POURSUIVRE LE DÉCLOISONNEMENT DES POLITIQUES PUBLIQUES ET DES ACTEURS**
5. **DÉFINIR ET DÉPLOYER UNE STRATÉGIE D'ACTIONS POUR GARANTIR LA PRISE EN COMPTE DE LA PAROLE ET DE L'EXPERTISE DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES**

OBJECTIF OPÉRATIONNEL 1

INTENSIFIER LA LUTTE CONTRE LE RENONCEMENT ET LES RETARDS DE SOINS SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE

Déjà identifié en 2018 comme véritable levier de la lutte contre le non recours et le renoncement aux soins, le déploiement de la médiation en santé devra s'intensifier et s'ancrer durablement comme outil transversal de déclinaison de la politique régionale de santé.

Pour les personnes précarisées par des difficultés culturelles, langagières ou encore socio-économiques, la médiation en santé répond au besoin d'un accompagnement individualisé et renforcé dans le cadre d'une relation restaurée avec le système de santé.

Aussi, au regard des différentes formes que revêt la précarité, il faut pouvoir recourir aux modalités de médiation les plus adaptées aux problématiques spécifiques des personnes mais aussi de celles des territoires, y compris la mobilisation des expériences de vie des pairs-aidants.

L'articulation avec le Pacte des solidarités et ses ambitions renouvelées de lutte contre le non recours, devra permettre de garantir un accès effectif aux droits par le biais notamment d'un accompagnement physique, en proximité.

ACTIONS POUR DES RÉSULTATS À 5 ANS

• Poursuivre le déploiement des postes de médiateurs santé (adultes relais médiateurs santé) sur l'ensemble des Quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) de la région et consolider le pilotage régional du dispositif dans le cadre du déploiement de la politique de la ville.
• Capitaliser sur l'expérimentation de santé participative portée par les structures d'exercice coordonné (article 51) et identifier sur les territoires, des organisations pour mobiliser les soins primaires dans l'offre de médiation en santé avec l'appui du référentiel à venir de la santé participative.
• Expérimenter des formes de médiation en santé, notamment en ruralité, sur des territoires plus isolés soutenues par des dispositifs de mobilité.
• S'appuyer sur les offres de services portées par l'Assurance Maladie et notamment :
  - Les Missions accompagnement santé qui proposent des accompagnements attentionnés des personnes en renoncement aux droits, aux soins, à la prévention et au numérique (bilan des droits, guidance dans le système de santé, aide à la recherche de financement des soins en cas de restes à charge…) ;
  - Les Centres d'examens de santé qui proposent notamment aux personnes vulnérables (mais pas seulement) des Examens de prévention en santé (EPS).
• Soutenir le déploiement de la pair-aidance en particulier dans les accompagnements des addictions et la réduction des risques en complément du dispositif spécifique des « patients experts ».
• Structurer une organisation régionale d'accès à l'interprétariat professionnel et à la médiation transculturelle en capitalisant sur les dispositifs expérimentaux émergents (équipe Tribia d'ethnopsychiatrie, Intégrapsy, réseau d'interprètes du Réseau santé solidarité Lille Métropole…).

SECTEURS DE SANTÉ

POPULATION CONCERNÉE

Personnes précaires, personnes en situation d'exclusion

ACTEURS CONCERNÉS

Commissaire à la lutte contre la pauvreté, préfecture, Assurance maladie, DREETS, DDETS, collectivités territoriales, médiateurs en santé, pair-aidants, centres sociaux, CCAS, acteurs de la prévention et du soin, maison de santé pluriprofessionnelle, centre de santé, Conseil Consultatif des Personnes Accueillies et Accompagnées, personnes accompagnées elles-mêmes, DAC

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Pacte des solidarités, Stratégie nationale de santé (SNS), Contrats d'objectifs et de gestion (COG) de l'Assurance Maladie, rapport de la mission nationale sur l' « aller vers » et la médiation en santé

OBJECTIF OPÉRATIONNEL 2

DÉPLOYER DES PROJETS D'INCLUSION NUMÉRIQUE ET INCLURE DU NUMÉRIQUE DANS LES DISPOSITIFS D'INCLUSION EN SANTÉ

Le numérique est désormais incontournable. Il faut capitaliser sur ses atouts en tant que facilitateur de l'accès aux droits, aux soins et de suivi mais aussi tenir compte des difficultés que cela induit pour certaines populations. Il est donc indispensable d'accompagner un maximum de personnes en capacité d'être autonomes et autonomisées dans leurs démarches liées à la santé notamment (Mon espace santé, compte Ameli, plateforme de prise de rendez-vous en ligne...).

L'Assurance Maladie est l'un des opérateurs/financeurs du réseau des France services qui constituent une offre de premier niveau et de proximité sur nos territoires. Plus spécifiquement, les Conseillers numériques France services peuvent être mobilisés pour accompagner les publics dans leurs démarches en ligne (ateliers pouvant être co-construits avec l'Assurance Maladie). Par ailleurs, notamment dans le cadre des Missions accompagnement santé, l'Assurance Maladie accompagne les personnes détectées en difficulté face au numérique et les oriente en fonction de leurs besoins et de leur degré d'autonomie soit vers des ateliers collectifs ou des rendez-vous individuels d'accompagnement au numérique, soit vers des partenaires spécialisés (Emmaüs connect...).

Si l'ambition reste un accompagnement vers le numérique, les freins et incapacités à son appréhension resteront posés pour certaines personnes. Il convient de veiller à ce que soit organisé un accompagnement de proximité en lien avec l'objectif de lutte contre le non recours du Pacte des solidarités.
Aussi, la question de l'inclusion numérique se situe au niveau des usages professionnels pour prendre compte les spécificités du champ de la précarité y compris la problématique de l'archivage numérique des dossiers administratifs pour les personnes en grande précarité ou exclusion.

ACTIONS POUR DES RÉSULTATS À 5 ANS

• Définir un stratégie globale, concrète et cohérente d'inclusion numérique à l'échelle de la région reposant sur la définition des usages numériques, des besoins et des axes de déploiement en proximité (actions locales et projets expérimentaux) ;
• Structurer un plan de déploiement dédié au couloir « usager » autour de Mon espace santé ;
• Développer ou conforter les lieux d'accès à un outillage et à une connexion numérique accessible gratuitement et proposant un accompagnement de premier niveau sur la navigation et la lecture des documents ;
• Favoriser et accompagner l'appropriation du dossier médical partagé numérique et de mon espace santé (et plus largement de l'archivage numérique des documents administratifs) ;
• Déployer des projets d'outillage à destination des professionnels de santé et de l'accompagnement social en lien avec le programme ESMS numérique.

SECTEURS DE SANTÉ

POPULATION CONCERNÉE

Personnes précaires, personnes en situation d'exclusion

ACTEURS CONCERNÉS

Commissaire à la lutte contre la pauvreté, Assurance maladie, DREETS, DDETS, collectivités territoriales, Médiateurs en santé, centre sociaux, CCAS, Maison France Services, Adultes Relais Médiateurs Santé, acteurs de la prévention et du soin, maison de santé pluriprofessionnelle, centre de santé, personnes accompagnées elles mêmes, DAC, secteur Accueil, Hébergement, Insertion (AHI)...

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Pacte des solidarités, SNS, COG Assurance Maladie, rapport de la mission nationale sur l'aller vers et la médiation en santé, programme ESMS numérique

OBJECTIF 3 OPÉRATIONNEL

POURSUIVRE LE RENFORCEMENT DE L'OFFRE SPÉCIFIQUE DE SANTÉ POUR LES PERSONNES EN GRANDE PRÉCARITÉ, DANS UNE LOGIQUE DE PARCOURS À L'ÉCHELLE DES TERRITOIRES ET POUR UN RELAIS VERS LE DROIT COMMUN DE LA SANTÉ

La couverture en dispositifs spécifiques, en particulier d'« aller vers », doit se poursuivre pour toucher les personnes plus éloignées des soins, les repérer, les orienter, les accompagner dans le soin et vers le droit commun.
Les enjeux de leur visibilité et de leur accessibilité impliquent, à l'échelle des territoires, des organisations pour mettre à disposition l'information sur les ressources et créer les conditions d'un parcours coordonné.
Ces espaces de coordination s'organisent de manière différenciée selon les territoires et les enjeux (interconnaissance, structuration de l'offre, accompagnements complexes…) mais font tous écho à la transformation du pilotage et de la gouvernance des Services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) dans le cadre de mise en oeuvre du service public de la rue au logement.

La politique régionale de santé doit y être pleinement prise en compte et intégrée. La politique du logement doit continuer à donner de la visibilité à des projets d'équipes mobiles pluridisciplinaires pour étayer les accompagnements visant l'accès et le maintien dans le logement en particulier lorsque la santé mentale et/ou les addictions, notamment, font freins.

ACTIONS POUR DES RÉSULTATS À 5 ANS

• Poursuivre le renforcement de l'offre d'hébergements médicalisés en Lits halte soins santé (LHSS), Lits d'accueil médicalisés (LAM) et Appartements de coordination thérapeutique (ACT) en donnant la priorité aux territoires non pourvus ou moins bien dotés ;
• Mobiliser les acteurs concernés dans le cadre des Projets territoriaux de santé mentale (PTSM) pour étayer les diagnostics de faisabilité du déploiement d'ACT « Un chez soi d'abord » ;
• Renforcer et poursuivre la création de dispositifs d' « aller vers » : LHSS mobiles ou Équipes mobiles santé précarité (EMSP), consultations avancées de Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) en Centre d'hébergement et de réinsertion Sociale (CHRS), les Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) mobiles, les postes de psychologue en CHRS et accueil de jour ;
• Améliorer l'accès à la formation pour les professionnels de première ligne, notamment sur les questions touchant à la santé mentale ;
• Capitaliser sur les dispositifs émergents d'étayage sanitaire, dans une approche triple « santé mentale, addictions et social », visant l'accès ou le maintien dans le logement, faciliter leur déploiement sur les territoires où se concentrent les urgences sociales (référents santé au sein des SIAO, équipes mobiles multisectorielles, « un chez soi d'abord » jeunes…) et assurer leur visibilité ;
• Élaborer avec une majorité des DAC les coopérations locales permettant, en subsidiarité, de clarifier et structurer les orientations et l'accès vers les droits et les soins et d'améliorer les accompagnements des personnes en situation complexe ;
• Renforcer les PASS et leur permettre d'assurer leur mission d'animation locale avec appui de la coordination régionale des PASS ;
• Veiller les nouveaux besoins d'accompagnement qui émergent sur les territoires et soutenir les projets innovants.

SECTEURS DE SANTÉ

POPULATION CONCERNÉE

Personnes précaires, personnes en situation d'exclusion

ACTEURS CONCERNÉS

Commissaire à la lutte contre la pauvreté, préfecture, Assurance maladie, DREETS, DDETS, collectivités territoriales, centres sociaux, CCAS, bailleurs, SIAO, professionnels de santé, travailleurs sociaux, structures et dispositifs du champ de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion, personnes accompagnées elles-mêmes

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

SNS, Pacte des solidarités, feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie, rapport de la mission nationale sur l'« aller vers » et la médiation

OBJECTIF OPÉRATIONNEL 4

POURSUIVRE LE DÉCLOISONNEMENT DES POLITIQUES PUBLIQUES ET DES ACTEURS

L'articulation de la politique régionale de santé avec celles de l'emploi, du logement ou encore de l'éducation doit se consolider dans le cadre renforcé de la gouvernance stratégique de réduction des inégalités de santé installée en 2021. A l'échelle régionale, elle sera le lieu de sa mise en perspective avec les grandes réformes en cours : service public de la rue au logement, service public de la petite enfance ou encore France Travail pour penser la santé comme levier d'insertion. Sur le champ de l'emploi, et notamment pour les jeunes, cette gouvernance devra permettre d'amplifier la mobilisation des acteurs du champ social en soutenant et finançant des programmes de santé portés par les centres sociaux et les missions locales notamment.
Aussi, pour les plus éloignés de l'emploi, y compris les jeunes en profonde rupture, les modalités d'interventions des dispositifs de santé doivent davantage s'adapter aux lieux de vie et d'actions des personnes dans une logique « d'aller vers » pour favoriser l'accroche santé et dans une logique d'accompagnement global (chantier d'insertion par exemple…) en particulier les dispositifs d'accompagnement des addictions à l'instar du dispositif Travail alternatif payé à la journée (TAPAJ) ou encore du Contrat d'engagement jeune (CEJ) - jeunes en rupture.

Elle sera le lieu de visibilité, de promotion et de mise en cohérence des différentes instances de concertation et de coordination des acteurs existantes : PTSM, DAC, Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), comités de pilotage de dispositifs intersectoriels innovants ou expérimentaux, etc.
Pour intensifier la lutte contre les inégalités sociales de santé, elle contribuera à consolider la stratégie d'actions intersectorielles sur les déterminants de santé dans le cadre du virage préventif du système de santé.
Le cloisonnement des politiques publiques crée de nombreuses zones de ruptures dans le parcours de santé des personnes précaires dans toutes leurs diversités. Il impacte aussi particulièrement les publics migrants, réfugiés et demandeurs d'asile. Il est nécessaire d'inscrire ces préoccupations dans le cadre partenarial régional de déclinaison du plan vulnérabilité

ACTIONS POUR DES RÉSULTATS À 5 ANS

• Préciser les missions, l'organisation et le fonctionnement du Comité régional stratégique de réduction des inégalités sociales de santé (CRISS) au regard des enjeux à la fois d'articulation avec le Pacte des solidarités mais aussi de travail prospectif sur les déterminants de la santé ;
• Définir des modalités opérationnelles de partenariat avec Pôle Emploi dans le cadre du chantier France Travail ;
• Soutenir les projets, actions ou projets transversaux d'accompagnement vers l'emploi ;
• Donner de la visibilité aux dispositifs d' « aller vers » et assurer leur coordination et leur coopération pour optimiser les réponses ;
• Contribuer à la déclinaison du plan vulnérabilité, dans le cadre des instances interministérielles stratégiques régionales et départementales dédiées, pour faciliter l'accès aux soins et la continuité des soins des migrants, des réfugiés et des demandeurs d'asile.

SECTEURS DE SANTÉ

POPULATION CONCERNÉE

Personnes précaires, personnes en situation d'exclusion

ACTEURS CONCERNÉS

Commissaire à la pauvreté, préfecture, Assurance maladie, CRISS, DREETS, DDETS, Pôle Emploi, collectivités territoriales, Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII), centres sociaux, CCAS, bailleurs, SIAO, professionnels de santé, travailleurs sociaux, structures et dispositifs du champ de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion, secteur de l'Insertion par l'activité économique (IAE), personnes accompagnées elles-mêmes, CPTS, DAC

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Stratégie Nationale de santé, Pacte des solidarités, Stratégie de 1000 premiers jours, « Plan vulnérabilité » en faveur des demandeurs d'asile et des réfugiés , Feuille de route nationale de la santé mentale et de la psychiatrie, rapport de la mission nationale sur l'« aller vers » et la médiation

OBJECTIF OPÉRATIONNEL 5

DÉFINIR ET DÉPLOYER UNE STRATÉGIE D'ACTIONS POUR GARANTIR LA PRISE EN COMPTE DE LA PAROLE ET DE L'EXPERTISE DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES

L'ambition est de construire et de déployer des stratégies d'actions concrètes en matière d'accès à la prévention et d'accès aux soins en partant des personnes concernées. Ces dernières doivent pouvoir exprimer leurs besoins et mettre à disposition leurs connaissances, leurs expertises et leur capacité d'engagement.

Il s'agit d'une part de permettre effectivement l'expression des besoins des personnes par elles-mêmes, à différents niveaux :

- dans les instances de concertation politique en lien notamment avec le CRPA et la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers (CSDU) de la CRSA ;
- dans les instances de pilotage des dispositifs qui leur sont dédiés à l'instar du comité de pilotage des ACT « un chez soi d'abord » ;
- dans la définition et le fonctionnement des projets de santé de proximité. La Fédération des acteurs de la solidarité, le CRPA, ainsi que la CSDU de la CRSA seront à ce titre mobilisés pour formuler des propositions structurantes et concrètes.

D'autre part, il s'agit de permettre l'acquisition et le développement des compétences psychosociales, en particulier dans le champ des addictions.

ACTIONS POUR DES RÉSULTATS À 5 ANS

• Constituer un groupe de travail régional pour formuler des pistes d'actions avec l'appui de la démocratie sanitaire et en lien avec l'objectif 26 du SRS ;
• Identifier et mobiliser les communautés de pairs dans la définition, la construction et la sélection des projets lauréats des Appels à projets (AAP) de l'ARS ou des AAP conjoints avec d'autres partenaires publics ;
• Réfléchir à un cadrage spécifique du projet « Tous acteurs en santé » pour les personnes les plus éloignées d'une démarche de santé ;
• Capitaliser sur l'expérimentation article 51 « Centres et maisons de santé participatifs » pour mieux identifier les besoins en prévention des personnes y compris les plus éloignées du soin et en situation de grande pauvreté. Ces projets mettent en oeuvre des modalités innovantes de recueil de l'expression des besoins.

SECTEURS DE SANTÉ

POPULATION CONCERNÉE

Population précaire en situation d'exclusion

ACTEURS CONCERNÉS

CRPA, démocratie sanitaire (CSDU de la CRSA + conseils territoriaux de santé + associations d'usagers), personnes accompagnées, pair aidant, services de l'État, assurance maladie, professionnels de santé, structures d'exercice coordonné, travailleurs sociaux, médiateur santé, structures et dispositifs du champ de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion, CPTS, DAC...

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

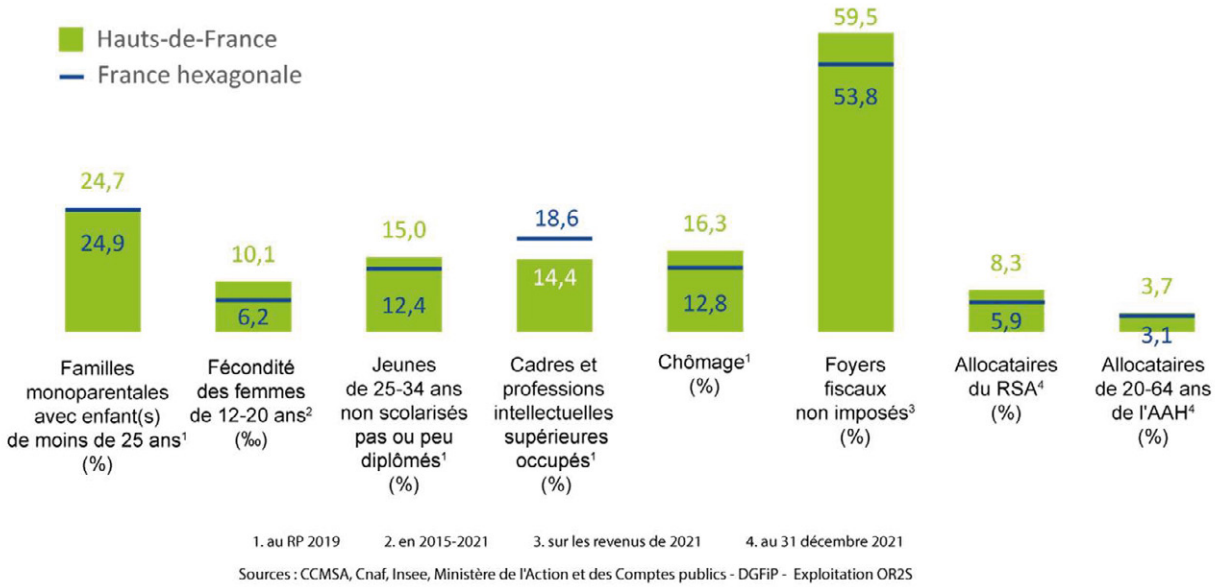
Rapport de la mission nationale sur l'« aller vers » et la médiation

ANNEXES

CONTEXTE SOCIAL DES HAUTS-DE-FRANCE

Les indicateurs sociaux relevés sur l'ensemble de la région sont souvent moins favorables que ceux de la France. Les taux d'allocataires, notamment du RSA, sont plus particulièrement à mentionner comme peut l'être le taux de foyers fiscaux non imposés. Il est à noter que la part de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans est identique sur les deux zones géographiques.

Valeurs régionale et nationale
des indicateurs retenus pour réaliser la typologie sociale



1. au RP 2019 2. en 2015-2021 3. sur les revenus de 2021 4. au 31 décembre 2021

Sources : CCMSA, Cnaf, Insee, Ministère de l'Action et des Comptes publics - DGFiP - Exploitation OR2S

Une méthode pour rendre au mieux les spécificités des classes

Chaque zone géographique présente des particularités qu'il est naturellement essentiel de faire ressortir. Or, pour cela, le mieux est d'offrir des comparaisons territoriales, toute la question étant sur quelles zones elles doivent porter pour être les plus pertinentes ! C'est ce que précise cet encadré en expliquant les différentes focales de comparaison retenues pour cette classification en cinq classes. Le premier groupe de comparaison est classique : chaque classe est regardée en fonction des autres classes et par rapport aux valeurs régionale et nationale.

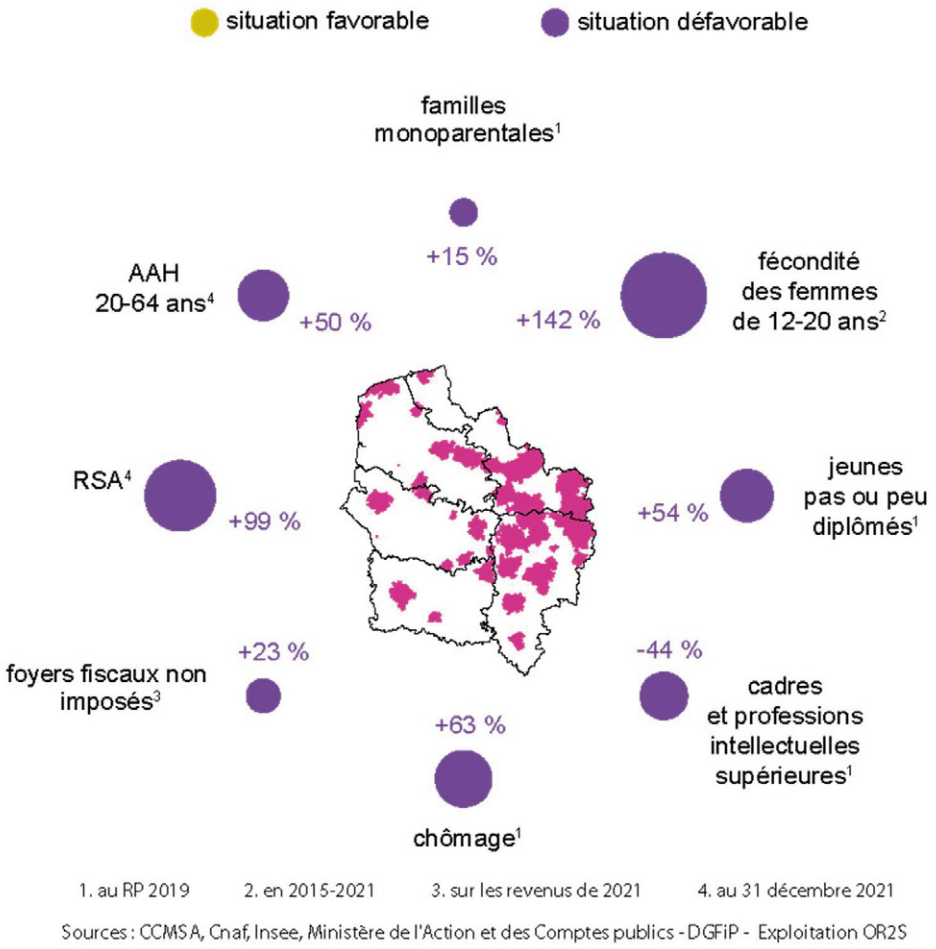
Toutefois, pour certaines classes comprenant une part importante de la population régionale, la valeur globale relevée dans les Hauts-de-France est de fait bien moins intéressante que la comparaison en regard du reste de la région. C'est pourquoi des comparaisons en regard du reste de la région sont également présentées : il s'agit alors de la valeur moyenne sur les quatre autres classes qui permet ainsi une meilleure vision de la dichotomie entre la zone et son complémentaire au sein des Hauts-de-France. Enfin, pour la dernière comparaison, les résultats obtenus en Hauts-de-France ont été appliqués au reste de la France, permettant de classer chaque commune dans une des cinq classes. Afin là encore de mettre en évidence des différences les plus « judicieuses », il a été décidé de prendre en compte la France sans les Hauts-de-France, suivant les mêmes raisons que mentionné précédemment, mais également sans l'Île-de-France qui présente dans certains cas des caractéristiques bien spécifiques. Ainsi, sans mention contraire, la dénomination « classe analogue/identique du reste de la France » fait référence à la valeur obtenue en excluant les Hauts-de-France et l'Île-de-France. Il est à noter que, le plus souvent, les valeurs avec et sans l'Île-de-France sont assez proches ; elles s'écartent cependant pour certains indicateurs, notamment ceux autour de l'emploi et des professionnels de santé. Par ailleurs, pour ce qui est des informations fournies dans ce document, elles sont toutes présentées sur la dernière date ou période disponible au moment de la réalisation de ce document. Des regroupements de plusieurs années sont parfois nécessaires pour permettre de disposer d'une plus grande robustesse des indicateurs, à l'image des données de mortalité regroupant sept années.

CLASSE SOCIALE DEFAVORABLE

Une classe marquée par une fécondité élevée, notamment chez les jeunes femmes

Il s'agit de la classe comprenant le plus grand nombre d'habitants avec un peu plus de 2,4 millions au 1er janvier 2019 avec toutefois une population qui décroît depuis 2013 (-0,12 %) alors qu'elle a augmenté de 0,05 % dans l'ensemble des Hauts-de-France et de 0,36 % dans l'Hexagone. Dans la classe sociale analogue du reste de l'Hexagone, la population est relativement stable (+0,02 %). Les communes constituant cette classe sont relativement urbanisées, avec la deuxième densité la plus élevée des cinq classes (353 habitants au km²), loin des 570 de la classe la plus densément peuplée, mais bien au-delà de la valeur moyenne des trois autres classes avec 96 habitants au km². À la même date, la répartition par âge de la population de cette classe est assez voisine de la moyenne régionale, ce qui masque toutefois un rapport de dépendance[3] très élevé (81,3 contre 75,5 dans le reste de la région et 78,4 en France hexagonale) ; ce rapport est toutefois encore plus élevé dans la même classe du reste de la France (87,7). Il en va de même pour l'indice de grand vieillissement[4] (43,1), le plus élevé également des cinq classes toutefois en deçà de ceux du niveau national (44,6) et de la classe analogue du reste de la France (46,8). La fécondité est également la plus importante des cinq classes, avec un indice conjoncturel de fécondité juste au-dessus de 2 enfants par femme (1,84 dans l'Hexagone et 1,79 dans le reste de la région). Cet indice provient notamment d'un taux de fécondité des jeunes femmes très élevé (15 pour 1 000 femmes de moins de 21 ans contre moins de 7 dans le reste des Hauts-de-France, 6 pour l'ensemble de la France et 11 pour la classe identique du reste de la France).

En regard de la France hexagonale



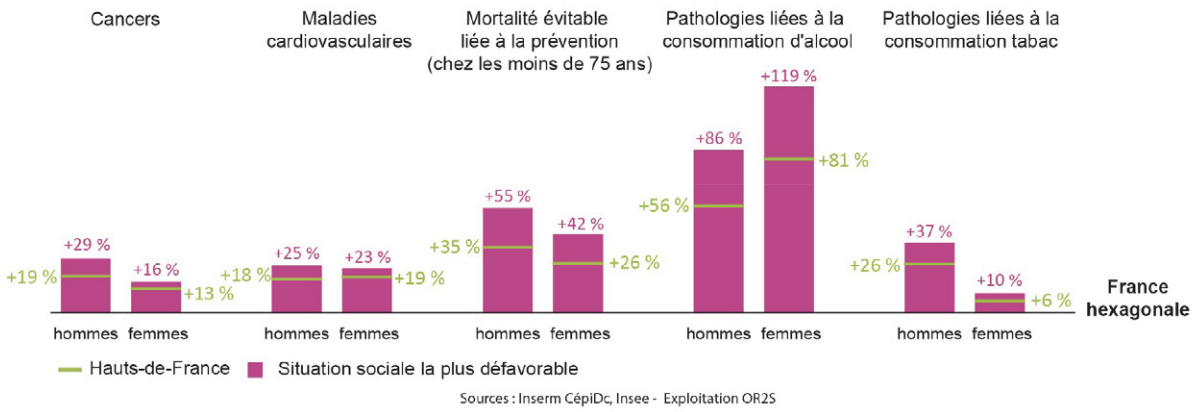
Sources : CCMSA, Cnaf, Insee, Ministère de l'Action et des Comptes publics - DGFiP - Exploitation ORS

[3] (Nombre de personnes de moins de 20 ans + nombre de personnes de 65 ans et plus) / nombre de personnes de 20-64 ans * 100.
[4] Nombre de personnes de 80 ans et plus / nombre de personnes de 65-79 ans * 100.

Une fragilité sociale illustrée par les foyers fiscaux ou le chômage des jeunes

Les indicateurs sociaux relevés dans cette classe sont, pour une très grande majorité, les plus défavorables de la région, nettement dégradés en regard de ceux de la France. À titre d'exemple, autour des jeunes au 1er janvier 2019, la part de 25-34 ans peu ou pas diplômés est de 19 % alors qu'elle est de 7 points de moins au niveau national comme d'ailleurs pour le reste de la région. À cette même date, le taux de chômage des 15-24 ans dépasse quant à lui les 40 %, soit 11 points de plus que dans le reste de la région, 14 points de plus qu'au niveau national et même 6 points de plus que pour la classe identique du reste de la France. La part de foyers fiscaux non imposés et, allant de pair, le revenu moyen annuel par foyer fiscal sont deux autres indicateurs montrant la grande fragilité économique des habitants : ils sont deux foyers fiscaux sur trois à être non imposés en 2021, soit 12 points de plus que sur l'ensemble du territoire français avec un revenu moyen d'un peu plus de 21 000 € contre près de 30 000 € sur l'ensemble de l'Hexagone. En regard des autres classes des Hauts-de-France, les écarts sont également conséquents respectivement de 11 points de moins et de 7 000 € de plus. De même, toujours en 2021, le taux d'allocataires du RSA est deux fois plus élevé qu'en France, 4 fois plus que dans la classe présentant les caractéristiques sociales les plus favorables de la région. Il est également plus élevé de 2 points que dans la classe sociale analogue du reste de la France. La structure socioprofessionnelle de cette classe au dernier recensement de population est marquée par une forte présence d'employés (près d'un tiers) et une moindre présence de cadres et professions intellectuelles supérieures (un dixième) à comparer respectivement aux un quart et un sixième du reste de la région.

Différentiel avec la France du taux standardisé de mortalité en 2011-2017



Une espérance de vie à la naissance particulièrement faible, tant chez les hommes que chez les femmes, qui se conjugue avec des mortalités prématurées et évitables très élevées

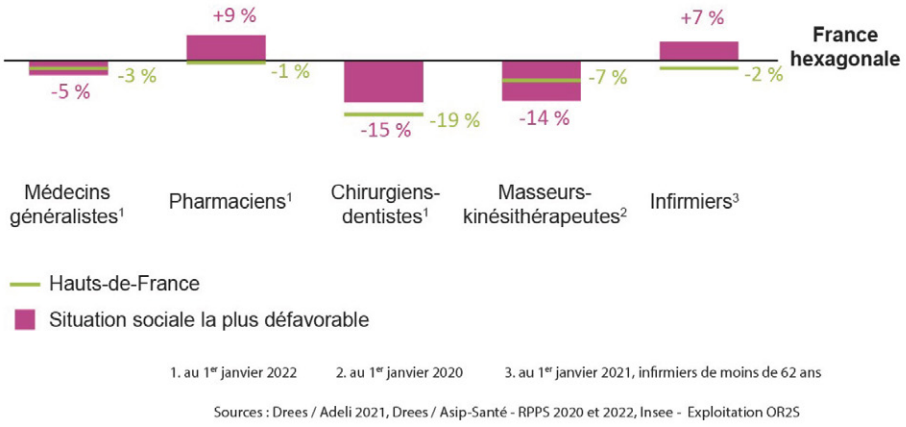
Indicateur synthétique de mesure de l'état de santé d'une population, l'espérance de vie à la naissance est la plus faible de toutes les classes des Hauts-de-France, tant chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, sur la période 2011-2017, celle des hommes est de 75,3 ans et celle des femmes de 82,9 ans, à comparer, respectivement sur le reste de la région, aux 77,5 ans et 84,1 ans. Les écarts sont encore plus marqués en regard de la situation nationale, avec respectivement -3,9 ans et -2,5 ans d'espérance de vie pour les hommes et les femmes. Les écarts relevés entre cette classe et celle analogue du reste de la France sont également conséquents, à la défaveur des Hauts-de-France : 2,3 ans d'espérance de vie à la naissance en moins pour les hommes et de 1,6 an pour les femmes.

Cette situation dégradée en regard de l'espérance de vie se retrouve à travers la mortalité prématurée et la mortalité évitable. Ainsi pour la mortalité prématurée, les taux de cette classe sur la période 2011-2017 sont respectivement de 412 décès pour 100 000 hommes de moins de 65 ans et 178 décès pour 100 000 femmes de moins de 65 ans, soit respectivement un surplus de mortalité avec le niveau national de 54 % et de 41 %. Au regard du reste de la région, cela est nettement supérieur puisque de l'ordre de +15 % chez les hommes comme chez les femmes. La classe sociale identique du reste de la France est dans une situation un peu moins défavorable, avec des surplus en regard du niveau national d'un peu plus de 20 %, quel que soit le sexe. La mortalité évitable se décompose en deux parties liées pour l'une à la prévention et, pour l'autre, au système de soins. Les taux pour la première sont, dans la classe, de 312 pour 100 000 hommes de moins de 75 ans et de 91 pour 100 000 femmes de moins de 75 ans, soit un surplus avec le niveau national respectivement de 55 % et de 42 %.
Pour le reste de la région, ces surplus existent également, mais ils sont de 21 %, côté masculin, et de 16 % chez les femmes. De même, dans la classe identique du reste de la France, les surplus sont de l'ordre de 20 % chez les hommes comme chez leurs homologues féminines. Pour la mortalité évitable liée au système de soins, les taux sont de 99 pour 100 000 hommes de moins de 75 ans et de 81 pour 100 000 femmes de moins de 75 ans, soit un surplus avec le niveau national respectivement de 57 % et de 45 %. Pour le reste de la région, ce surplus existe également, mais il est de 21 % côté masculin comme versant féminin. De même, dans la classe identique du reste de la France, les surplus sont de l'ordre de 17 % chez les hommes et de 11 % chez les femmes.

Nombre de pathologies présentent une surmortalité importante dans cette classe. Ainsi, elle est, en regard du niveau national, de 29 % chez les hommes et de 16 % chez les femmes pour les cancers, de l'ordre de 25 % chez les hommes comme chez les femmes pour les maladies cardiovasculaires, de 37 % chez les hommes et de 10 % chez les femmes pour les pathologies liées à la consommation de tabac et de 86 % chez les hommes et de 119 % chez les femmes pour les pathologies liées à la consommation d'alcool. Dans la même classe sociale du reste de la France, les valeurs sont bien moindres même si une surmortalité est retrouvée. Ainsi, les surplus de mortalité pour les cancers et les maladies cardiovasculaires chez les hommes ou chez les femmes sont compris entre 5 % et 8 %. Hommes comme femmes, ce pourcentage est de +11 % pour les pathologies liées au tabac et de +14 % pour celles liées à l'alcool.

En dix ans, la mortalité de cette classe a le plus souvent évolué de manière assez semblable à celle de la France ou de manière légèrement moins soutenue pour certaines pathologies. La mortalité masculine par maladies cardiovasculaires est toutefois à mentionner, avec une diminution plus faible, impliquant une augmentation du différentiel avec la France de 10 points (il était de +15 % en 2001-2007 contre +25 % en 2011-2017).

Différentiel avec la France de la densité de professionnels de santé libéraux



1. au 1er janvier 2022 2. au 1er janvier 2020 3. au 1er janvier 2021, infirmiers de moins de 62 ans

Sources : Drees / Adeli 2021, Drees / Asip-Santé - RPPS 2020 et 2022, Insee - Exploitation OR2S

Des densités en professionnels de santé plutôt correctes en regard de la région, moins par rapport à la France

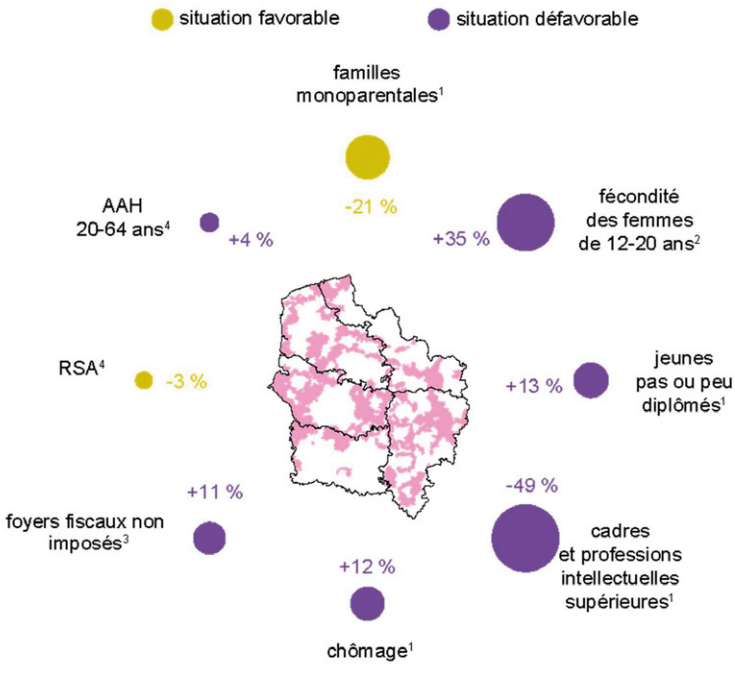
Cette classe se situe au deuxième rang pour sa densité de médecins généralistes libéraux derrière assez logiquement la classe « urbaine » avec une valeur pas si éloignée des moyennes régionale et nationale (respectivement 80 pour 100 000 habitants, 82 et 84). La différence la plus importante a trait à la démographie de ce professionnel puisque 56 % sont âgés de 55 ans ou plus alors que, tant pour les autres classes des Hauts-de-France que pour la moyenne nationale, ce pourcentage est toujours en deçà de 50 %. Pour les chirurgiens-dentistes libéraux, la démographie est moins inquiétante avec 31 % de chirurgiens-dentistes âgés de 55 ans et plus contre 28 % en moyenne dans les autres classes de la région et 34 % au niveau national. Pour leur densité, la classe peut apparaître plutôt bien placée, puisque ressortant au deuxième rang avec une valeur supérieure à celle du reste de la région (47 pour 100 000 habitants contre 43) ; elle n'en est pas moins bien en deçà de la valeur nationale, de 8 points et même de 13 points en regard de la classe équivalente du reste de la France avec la valeur la plus élevée des cinq classes à cet échelon géographique.

CLASSE SOCIALE PLUTOT DÉFAVORABLE

Une population plus âgée que les moyennes régionale et nationale

Avec un peu plus de 950 000 habitants au 1er janvier 2019, il s'agit du troisième effectif des cinq groupes. À l'instar de l'autre classe aux caractéristiques sociales défavorables, le taux d'accroissement de la population depuis 2013 est négatif (-0,10 % contre +0,05 % dans l'ensemble des Hauts-de-France et +0,36 % en France). Il est à noter que dans la classe analogue du reste de la France, la population a également diminué entre les deux recensements, même si la baisse est un peu moins marquée (-0,05 %). Les communes constituant cette classe sont plutôt situées en zone rurale avec une densité de 97 habitants au km². La répartition par âge fait ressortir une population plus âgée que la moyenne régionale avec une part d'habitants de 50 ans et plus de 40 %, soit 4 points de plus que le reste de la région et même près d'un point de plus que dans l'Hexagone. Cette valeur est toutefois bien moindre à celle de la classe sociale identique du reste de la France (46 %). Cela se retrouve à travers l'indice de vieillissement le plus élevé des cinq classes avec une valeur de 78, soit 11 points de plus que dans le reste de la région, mais bien inférieur à cette même classe pour le reste de la France (de l'ordre de 115). L'indice conjoncturel de fécondité est identique à celui de la région avec 1,88 enfant par femme et le taux de fécondité des jeunes femmes y est un peu plus faible, de 8,4 pour 1 000 femmes de moins de 21 ans contre 10,1 en région. Pour ces indicateurs autour des naissances, des valeurs du même ordre sont retrouvées dans la classe sociale analogue du reste de la France.

En regard de la France hexagonale



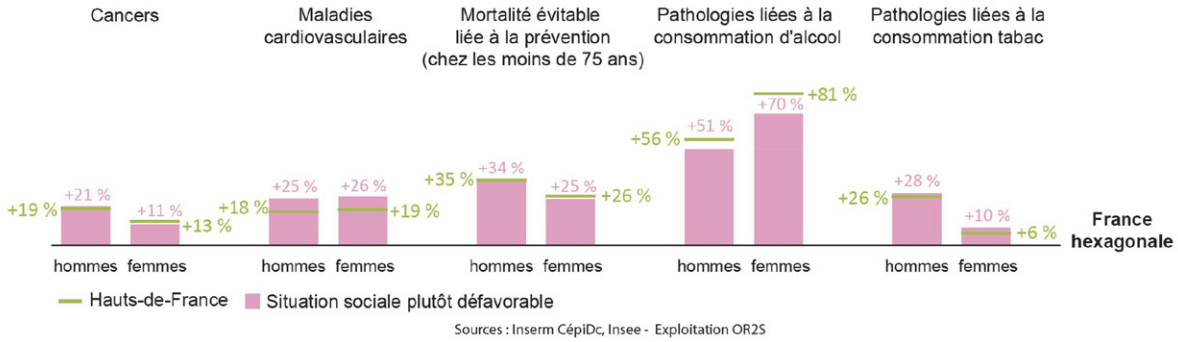
1. au RP 2019 2. en 2015-2021 3. sur les revenus de 2021 4. au 31 décembre 2021

Sources : CCMSA, Cnaf, Insee, Ministère de l'Action et des Comptes publics - DGFiP - Exploitation OR2S

Une situation sociale globale au niveau de la moyenne régionale

En ce qui concerne la profession et catégorie socioprofessionnelle, c'est dans cette classe que la part d'ouvriers est la plus nombreuse (29 % au même niveau que les employés) ; elle est un peu moindre dans la même classe sociale du reste de la France (-3 points). Le taux de chômage des jeunes est élevé puisqu'un jeune de 15-24 ans sur trois se déclare être chômeur lors du recensement de 2019. C'est certes du même ordre que la moyenne régionale, mais 7 points au-dessus de la France et 4 points au-dessus de la classe identique du reste de la France. Le revenu moyen annuel par foyer fiscal (25 000 €) est dans cette classe équivalent à la moyenne régionale, de même que la part de foyers fiscaux non imposés (trois sur cinq). En revanche, les taux d'allocataires du RSA et, dans une moindre mesure, de l'AAH relevés dans cette classe (respectivement 5,7 % et 3,2 % au 31 décembre 2021) sont du même ordre de grandeur que ceux relevés sur l'ensemble du pays et dans la classe sociale analogue du reste de la France ; ils sont plus importants dans les Hauts-de-France (respectivement 8,3 % et 3,7 %).

Différentiel avec la France du taux standardisé de mortalité 2011-2017



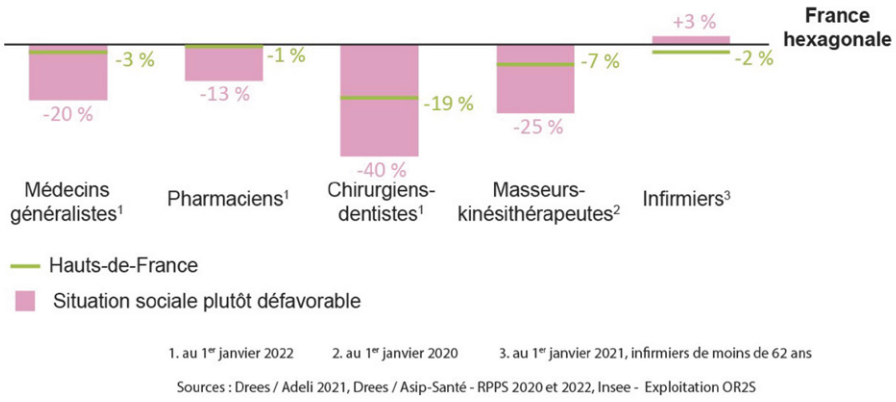
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

Une mortalité équivalente à la moyenne régionale, mais supérieure à la classe correspondante au niveau national

L'espérance de vie à la naissance de cette classe est dans la moyenne régionale, tant chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, sur la période 2011-2017, celle des hommes est de 76,4 ans et celle des femmes de 83,6 ans, toutes les deux identiques à celles comparables de la région. De ce fait, elles sont en retrait de celles du niveau national (79,2 ans et 85,4 ans, soit des différentiels respectifs de -2,7 ans et -1,9 an), mais aussi, au regard de la classe identique du reste de la France (respectivement de 78,3 ans et de 84,9 ans).

Cette situation identique à la moyenne régionale est également retrouvée sur la même période pour la mortalité prématurée avec un taux de 345 pour 100 000 hommes de moins de 65 ans et de 156 pour 100 000 femmes de moins de 65 ans, soit un différentiel avec le niveau national respectivement de +29 % et de +23 %. Ces taux sont également supérieurs à ceux de la classe sociale analogue du reste de la France qui présente une surmortalité de l'ordre de 10 %, quel que soit le sexe. Ces constats sont similaires pour les deux formes de mortalité évitable, et ce pour chacun des sexes. En 2011-2017, les surmortalités évitables masculines sont, dans les deux cas, de 34 % et celles des femmes de l'ordre de 25 % alors que celles de la classe identique du reste de la France sont de 10 % pour la mortalité évitable liée à la prévention et autour de 5 % pour celle liée au système de soins, quel que soit le sexe. Que ce soit pour les cancers, les pathologies cardiovasculaires, les pathologies liées à la consommation d'alcool ou de tabac, la situation en ce qui concerne la mortalité se trouve, peu ou prou, au niveau de la moyenne régionale, ce qui signifie une mortalité supérieure à la moyenne nationale et même bien au-dessus de la même classe sociale analogue du reste de la France. Ainsi, hormis pour la mortalité liée à la consommation de tabac chez les femmes, les écarts entre les deux classes sont de l'ordre de 15 % pour les cancers et les maladies cardiovasculaires, quel que soit le sexe, de 20 % pour les pathologies liées à la consommation de tabac chez les hommes et de 50 % et plus pour les décès liés à la consommation d'alcool toujours sur la même période pour chacun des sexes.

Différentiel avec la France de la densité de professionnels de santé libéraux



1. au 1er janvier 2022 2. au 1er janvier 2020 3. au 1er janvier 2021, infirmiers de moins de 62 ans

Sources : Drees / Adeli 2021, Drees / Asip-Santé - RPPS 2020 et 2022, Insee - Exploitation OR2S

Un déficit en professionnels de santé libéraux hormis pour les infirmiers

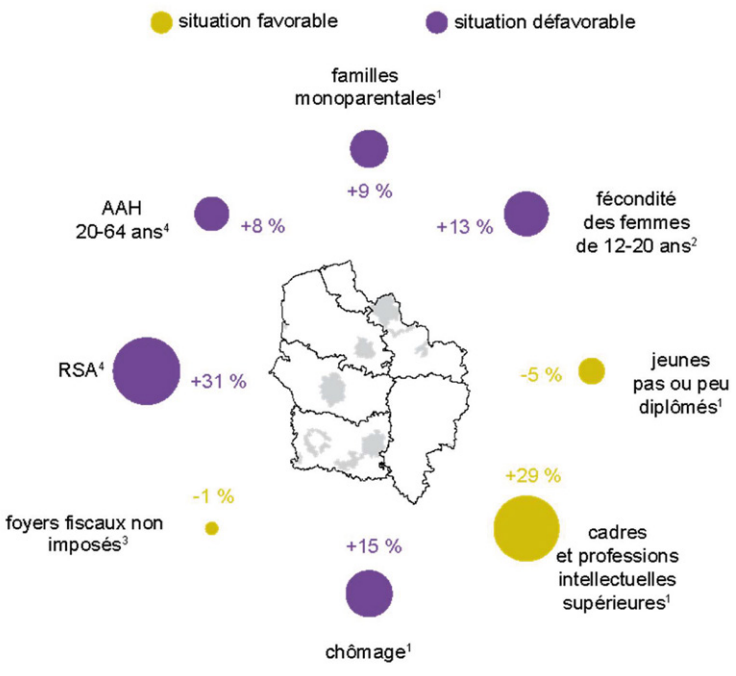
Hormis pour les infirmiers, le manque de professionnels de santé libéraux, tant en regard des moyennes régionale et nationale que vis-à-vis de la classe sociale identique du reste de la France, est criant. Ainsi, l'écart entre les deux classes équivalentes en ce qui concerne la densité est de l'ordre de 20 % au détriment du régional pour les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes et même les infirmiers qui présentent pourtant une valeur comparable à la moyenne nationale.
Le différentiel en médecins généralistes libéraux est moindre, mais existant (-5 %). Pour en revenir aux seuls écarts avec les moyennes nationales, ce sont les chirurgiens-dentistes qui sont le plus en déficit dans cette classe (-40 %) comme ils le sont, plus généralement, dans l'ensemble de la région (-19 %).

ZONES URBAINES PRÉSENTANT UNE SITUATION SOCIALE HÉTÉROGÈNE

Une population plutôt jeune, d'où de faibles indices de vieillissement et de dépendance

Avec un peu plus de 1,5 million d'habitants au 1er janvier 2019, soit un quart de la population régionale, cette classe regroupe une majorité de communes urbaines. La densité de population y est particulièrement élevée : 570 habitants au km², soit près de cinq fois plus qu'en France (120 habitants au km²) et près de quatre fois plus que dans le reste de la région (154 habitants au km²). À cette même date, elle détient la plus forte part de jeunes de moins de 25 ans (33,5 % contre 31,3 % dans le reste de la région et 29,5% en France) et les plus faibles indices de vieillissement (64,1 contre 70,7 dans le reste de la région et 83,8 en France), rapport de dépendance (71,9 contre respectivement 79,9 et 78,4 dans le reste de la région et en France) et indice conjoncturel de fécondité (1,75 enfant par femme en 2015-2021 contre 1,96 dans le reste de la région et 1,84 en France). Ce dernier indice est assez voisin de la classe sociale analogue du reste de la France (1,78), le plus faible des cinq classes de la typologie sociale.

En regard de la France hexagonale



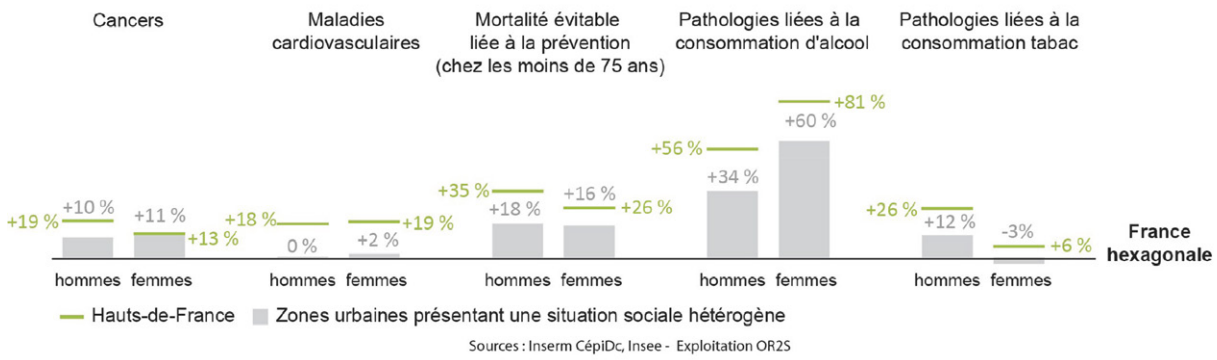
1. au RP 2019 2. en 2015-2021 3. sur les revenus de 2021 4. au 31 décembre 2021

Sources : CCMSA, Cnaf, Insee, Ministère de l'Action et des Comptes publics - DGFiP - Exploitation OR2S

Davantage de jeunes étudiants, diplômés et cadres, mais aussi d'allocataires du RSA et de chômage

Cette classe regroupe des communes présentant une situation sociale plus hétérogène. Les grandes villes connaissent généralement des parts plus élevées de jeunes adultes scolarisés, de jeunes diplômés et de cadres et professions intellectuelles supérieures du fait le plus souvent de la présence d'universités et/ou d'écoles de niveau supérieur ainsi que d'entreprises susceptibles d'employer des cols blancs. Toutefois, une partie de la population présente des caractéristiques précaires, impliquant notamment des taux d'allocataires et de chômage élevés. Ces caractéristiques sont retrouvées pour les indicateurs calculés sur l'ensemble de cette classe. Ainsi, au 1er janvier 2019, la part de cadres et professions intellectuelles supérieures occupés y est la plus importante des cinq classes : 24,0 % contre 10,9 % dans le reste de la région, 18,6 % en France et 21,1 % dans la classe analogue du reste de la France. Il en est de même pour les jeunes de 25-34 ans ayant au moins un Bac+2, avec une part de 54,0 %, soit 10 points de plus que la classe aux caractéristiques sociales plutôt favorables) et 20 points de moins en regard du reste de la région ; la classe analogue du reste de la France présente une part plus proche (51,1 %). Le taux d'allocataires du RSA au 31 décembre 2021 est particulièrement élevé, 7,7 % contre 5,9 % en France, soit une valeur plus importante que la classe aux caractéristiques sociales plutôt défavorables. Dans la classe analogue du reste de la France, la valeur est un peu plus faible (6,3 %). Quant au chômage déclaré lors du recensement de 2019 pour l'ensemble de la population ou des seuls jeunes, il est un peu plus élevé dans cette classe que dans l'ensemble de la France ou même dans la classe analogue du reste de la France de 1 ou 2 points dans les deux cas.

Différentiel avec la France du taux standardisé de mortalité 2011-2017



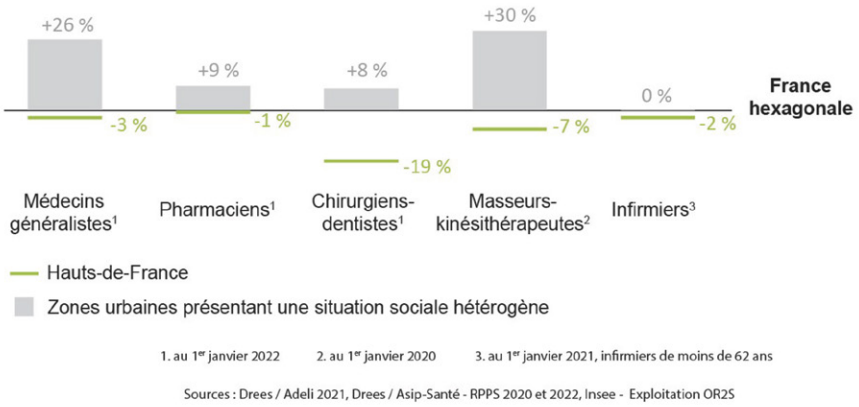
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

Une mortalité par maladies cardiovasculaires plutôt satisfaisante, moins pour les cancers et les pathologies liées à une consommation d'alcool

Cette classe enregistre la meilleure espérance de vie à la naissance des cinq classes pour les femmes ; chez les hommes, elle arrive en seconde position après la classe sociale la plus favorisée. Dans les deux cas, l'écart avec le niveau national demeure négatif, traduisant une situation moins favorable, d'un peu plus d'un an pour les hommes (1,1 an) et d'un peu moins d'un an pour les femmes (0,8 an). En regard de la classe analogue du reste de la France, les écarts sont encore plus importants, avec 1,7 an d'espérance de vie en moins pour les hommes et 1,4 an pour les femmes.

Cette situation moins favorable pour cette classe dans la région par rapport à celle équivalente du reste de la France est retrouvée pour la mortalité prématurée et pour la mortalité évitable, tant en matière de prévention que pour les soins. Ainsi, en 2011-2017, la surmortalité prématurée dans cette classe est de 15 % alors que dans l'ensemble des régions autres que les Hauts-de-France et l'Île-de-France, elle est en deçà de la valeur nationale de 3 %. Pour la mortalité évitable par des actions de prévention, le différentiel sur la même période avec le niveau national est de l'ordre de +17 % contre -5 % pour le reste de la France et l'écart entre les deux territoires est encore plus marqué pour celle qui concerne le système de soins (respectivement de +20 % et de -7 %). Il en va de même pour les cancers, les maladies cardiovasculaires, les pathologies liées à la consommation d'alcool et celles liées à la consommation de tabac, hormis pour ces dernières chez les femmes où le différentiel avec la France est négatif. Les écarts sont compris entre 8 et 16 points, sauf pour la mortalité liée à la consommation d'alcool où l'écart entre les deux classes est de 44 points chez les hommes et de 70 points chez les femmes, écarts très élevés à l'image de ce qui est retrouvé dans les autres classes.

Différentiel avec la France de la densité de professionnels de santé libéraux



1. au 1er janvier 2022 2. au 1er janvier 2020 3. au 1er janvier 2021, infirmiers de moins de 62 ans

Sources : Drees / Adeli 2021, Drees / Asip-Santé - RPPS 2020 et 2022, Insee - Exploitation OR2S

Des densités de professionnels de santé souvent plus importantes qu'en France, mais pas en regard de la classe équivalente nationale

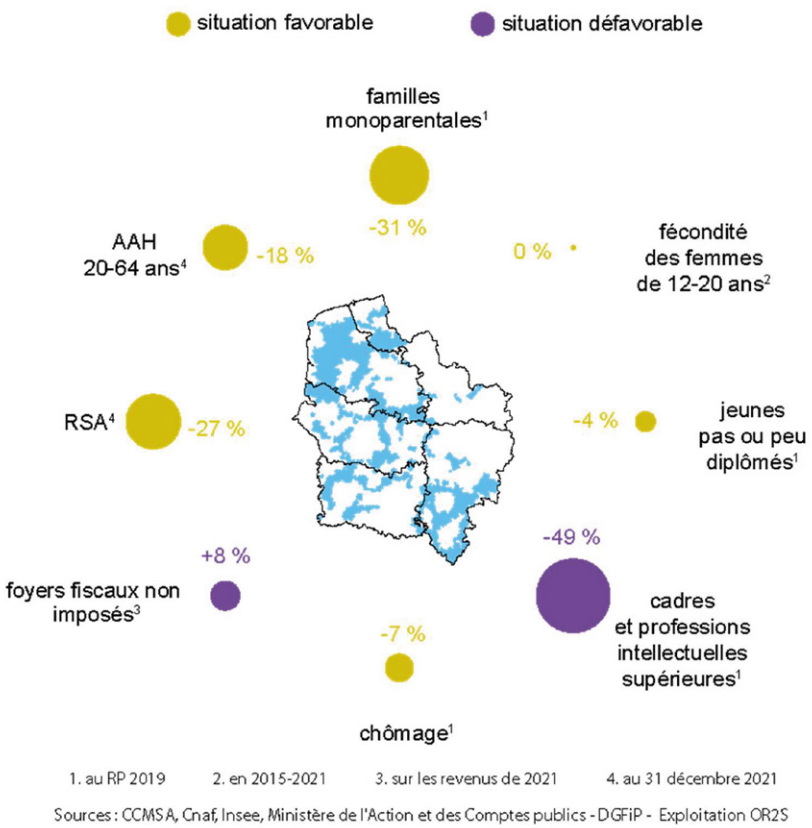
Outre le fait d'avoir la plus forte densité de médecins généralistes libéraux au 1er janvier 2022 (106 pour 100 000 habitants contre environ 73 dans le reste de la région). Il est à noter que c'est la même valeur dans la classe sociale analogue du reste de la France. L'évolution relevée en dix ans est un peu moins défavorable dans cette classe que celles observées par ailleurs.
En effet, la diminution a été plus de deux fois moins soutenue pour cette classe que celles enregistrées aux niveaux national et régional (près de -5 % contre un peu plus de -10 %). Les densités de médecins de premiers recours libéraux (gynécologues, ophtalmologues et psychiatres) sont également les plus élevées de la région. Toutefois, la densité de psychiatres demeure plus faible qu'en France (7,9 pour 100 000 habitants contre 9,2 ; dans la classe analogue du reste de la France, elle dépasse les 15 pour 100 000). Les densités de pharmaciens, de chirurgiens-dentistes et de masseurs-kinésithérapeutes libéraux sont les plus élevées des cinq classes (à égalité pour les pharmaciens), avec des valeurs un peu plus importantes qu'en France. Pour les infirmiers, la classe se situe à un niveau intermédiaire, avec une densité identique à celle de la France. Pour la grande majorité de ces professionnels de santé, les densités sont supérieures dans la classe sociale identique du reste de la France.

CLASSE SOCIALE PLUTOT FAVORABLE

Une classe regroupant des communes à dominante rurale, avec une part de jeunes de 18-24 ans moindre

Avec un peu plus de 615 000 habitants au 1er janvier 2019, cette classe regroupe un dixième de la population régionale domiciliée dans des communes à dominante rurale. De fait, il est logique de retrouver une densité de population faible, la plus petite des cinq classes : 74 habitants au km² contre 120 pour le niveau national et 230 pour le reste de la région. Cette densité est toutefois bien supérieure à celle de la classe équivalente du reste de la France (40 habitants au km²).
Les caractéristiques populationnelles de cette classe sont assez proches de celles relevées dans l'ensemble des Hauts-de-France. Seule la part des jeunes en âge de faire des études supérieures (18-24 ans) se démarque, avec un niveau moindre (6,5 % contre 8,6 % en Hauts-de-France et 8,0 % en France) ; cette caractéristique est retrouvée pour la classe sociale identique du reste de la France (5,5 %). Pour ce qui a trait à la fécondité, elle est avec 1,91 enfant par femme sur la période 2015-2021 un peu supérieure aux moyennes régionale et nationale (respectivement 1,88 et 1,84) et également à la classe équivalente du reste de la France (1,87).

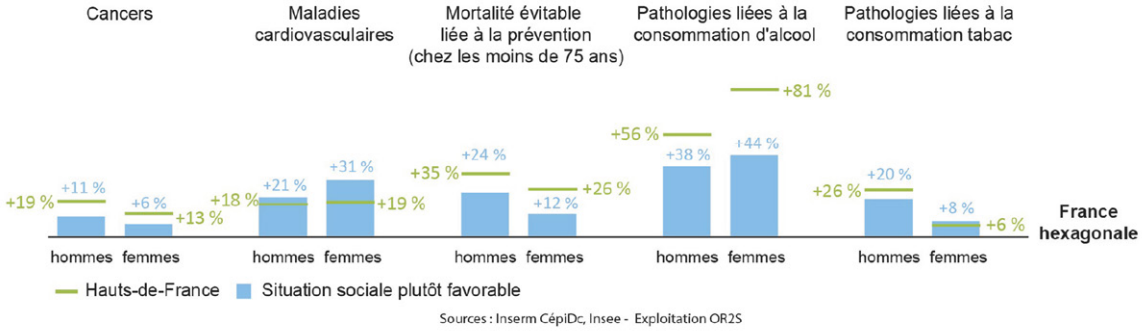
En regard de la France hexagonale



Moins d'allocataires du RSA, de l'AAH et de chômage qu'en France, mais des revenus moyens plus faibles

Les indicateurs sociaux de cette classe sont, le plus souvent, un peu plus favorables que ceux relevés sur l'ensemble de la région, se situant pour nombre d'entre eux au second rang derrière la classe au profil social le plus favorable. Pour certains, ils sont au même niveau qu'en France, comme la part de jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire pas ou peu diplômés ou le taux d'activité des 15-64 ans. La structure socioprofessionnelle de cette classe se rapproche toutefois davantage des deux classes présentant plutôt une situation défavorable. Ainsi, la part d'ouvriers est élevée (de l'ordre de 28 % pour ces trois classes contre 20 % en France) et une part de cadres et professions intellectuelles supérieures un peu plus faible (sous les 10 %). Il est à noter une assez grande similitude entre les deux classes sociales analogues sur les deux niveaux géographiques (région et France hors Hauts-de-France et Île-de-France). Les indicateurs autour des revenus sont également moins favorables que ceux relevés en France, tant pour le revenu moyen annuel par foyer fiscal (inférieur), que la part de foyers fiscaux non imposés (supérieure). Ce sont ainsi près de 3 500 € qui séparent en 2021 le revenu moyen annuel relevé dans cette classe (26 180 €) et celui de la France (29 550 € ; 25 405 € pour le reste des Hauts-de-France et 25 486 € pour la classe identique du reste de la France). En revanche, les taux d'allocataires du RSA et de l'AAH sont plus faibles en 2021 que ceux relevés en France, de même que le taux de chômage au sens du recensement de 2019. Pour ce dernier indicateur, une spécificité est toutefois à noter pour les femmes, avec un taux de chômage identique à celui de la France et même un peu plus élevé pour les seules femmes de 18-24 ans.

Différentiel avec la France du taux standardisé de mortalité 2011-2017



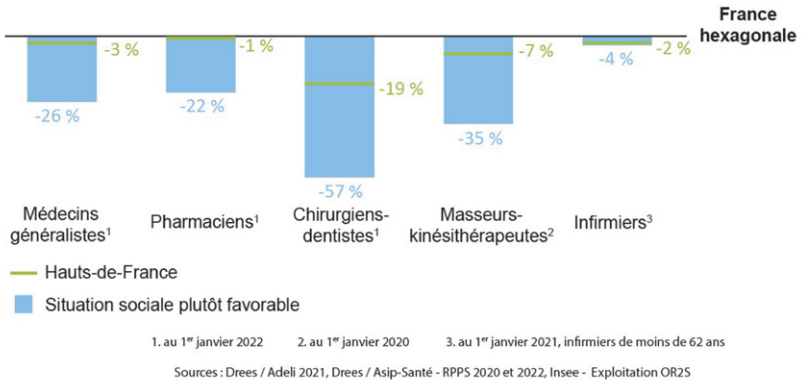
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

Les cancers plutôt dans une situation pas trop défavorable, contrairement aux pathologies liées à la consommation d'alcool

Les espérances de vie à la naissance de la classe sont bien moindres que celles relevées en France, et ce aussi bien pour les hommes (77,3 ans contre 79,2 ans, soit 1,8 an d'espérance de vie en moins en 2011-2017) que pour les femmes (83,7 ans contre 85,4 ans, soit 1,7 an d'espérance de vie en moins). En comparaison à la classe sociale analogue du reste de la France, les écarts sont un peu moins marqués, mais ils demeurent nettement plus défavorables pour la classe des Hauts-de-France, et ce tant pour les hommes (-1,2 an) que pour les femmes (-1,4 an). En outre, en regard des Hauts-de-France, la situation est plus favorable pour les hommes (+0,7 an d'espérance de vie), mais similaire pour les femmes (+0,1 an).
Cette situation moins favorable pour cette classe dans la région par rapport à la classe équivalente dans le reste de la France est retrouvée pour la mortalité prématurée et pour la mortalité évitable, tant en matière de prévention que pour les soins. Ainsi, la surmortalité prématurée dans cette classe des Hauts-de-France est, sur la période 2011-2017, de 17 % chez les hommes de moins de 65 ans et de 13 % chez leurs homologues féminines ; dans les régions autres que les Hauts-de-France et l'Île-de-France, ce différentiel avec le niveau national est de +5 % chez les hommes, mais sans différence chez les femmes.
Pour la mortalité évitable en ce qui concerne le système de soins, le différentiel avec le niveau national est de l'ordre de +20 % contre +3 % pour la classe sociale analogue du reste de la France et la mortalité évitable par des actions de prévention est de +24 % chez les hommes locaux et de +9 % chez leurs homologues « nationaux », ces valeurs étant divisées par deux chez les femmes pour les deux unités géographiques. Hormis comme pour les autres classes, la situation féminine est spécifique en regard des pathologies liées à la consommation de tabac. D'autre part, pour cette classe, les cancers (avec un différentiel entre la classe et la France compris entre +6 % et +11 %), les maladies cardiovasculaires, les pathologies liées à la consommation de tabac chez les hommes et les pathologies liées à la consommation d'alcool présentent toutes une surmortalité d'au moins 20 %, pouvant même doubler pour ces dernières.

Dans la classe sociale analogue du reste de la France, les écarts avec le niveau national sont bien moindres avec un maximum de +12 % pour les maladies cardiovasculaires et même en deçà de la valeur nationale pour les pathologies liées à l'alcool chez les femmes (soit un écart entre les deux niveaux de 50 points au détriment des femmes de cette classe des Hauts-de-France).

Différentiel avec la France de la densité de professionnels de santé libéraux



1. au 1er janvier 2022 2. au 1er janvier 2020 3. au 1er janvier 2021, infirmiers de moins de 62 ans

Sources : Drees / Adeli 2021, Drees / Asip-Santé - RPPS 2020 et 2022, Insee - Exploitation OR2S

De faibles densités de professionnels de santé libéraux, tout particulièrement de chirurgiens-dentistes

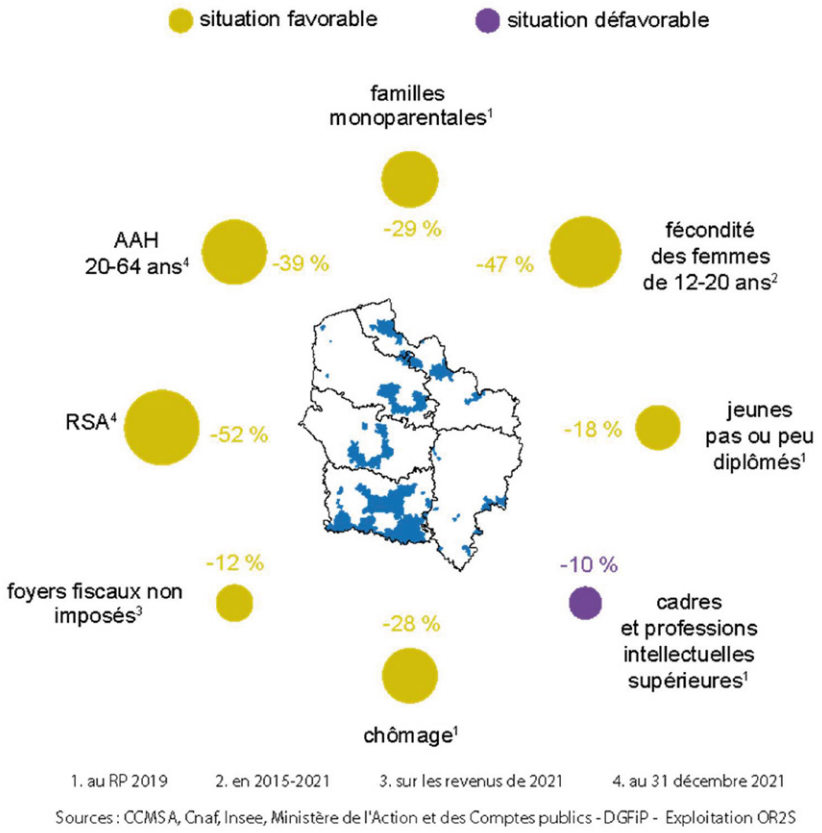
À l'instar de la plus faible densité de population, les densités de professionnels de santé relevées dans cette classe sont souvent les plus faibles de la région. Comme pour la classe aux caractéristiques sociales les plus favorables, les densités de médecins généralistes libéraux, de médecins de premiers recours (gynécologues, ophtalmologues et psychiatres), de pharmaciens, d'infirmiers, de chirurgiens-dentistes et de masseurs-kinésithérapeutes sont plus faibles que celles relevées dans la classe sociale analogue du reste de la France. Il est à noter que la densité d'infirmiers libéraux est, en revanche, proche de la valeur nationale, mais au-dessus de cette valeur dans la classe correspondante nationale. À l'instar de ce qui se retrouve pour l'ensemble de la région, les communes appartenant à cette classe enregistrent un important déficit de chirurgiens-dentistes (-57 %). Concernant l'âge de ces derniers professionnels de santé, la part de 55 ans et plus est souvent un peu plus faible qu'en France.

CLASSE SOCIALE LA PLUS FAVORABLE

Une classe marquée par une forte croissance de sa population, même si ceci est moins soutenu que dans les communes comparables du reste de la France

Avec près de 494 000 habitants au 1er janvier 2019, soit 8 % de la population régionale, cette classe est la moins peuplée. En revanche, en ce qui concerne la densité de population, elle se situe à un niveau intermédiaire, avec une valeur identique à celle relevée en France (de l'ordre de 120 habitants au km^2 soit bien inférieur au reste de la région qui en compte 200). Elle se démarque par un accroissement de population particulièrement important, le plus élevé des cinq classes de la typologie sociale et la seule classe à avoir une valeur plus élevée que celle de la France : +0,47 % entre les recensements de 2013 et 2019 contre +0,36 % en France. En regard de la classe sociale identique du reste de la France, l'accroissement de la population y est par contre un peu plus faible (+0,73 %). Cette classe est également marquée par de faibles indice de vieillissement (65,8 contre 69,3 dans le reste de la région et 83,8 en France) et rapport de dépendance (74,8 contre 78,1 et 78,4 respectivement dans le reste de la région et en France), les plus faibles après ceux relevés dans la classe regroupant les zones les plus urbanisées. Ils sont toutefois bien inférieurs à ceux de la classe sociale analogue du reste de la France puisque les deux sont de 80. L'indice conjoncturel de fécondité relevé dans cette classe est également le second plus faible des cinq classes de la typologie sociale, à un niveau équivalent à celui relevé en France (1,85 enfant par femme en 2015-2021 et 1,84 pour la France). Cet indice est également de 1,85 dans la classe analogue du reste de la France.

En regard de la France hexagonale

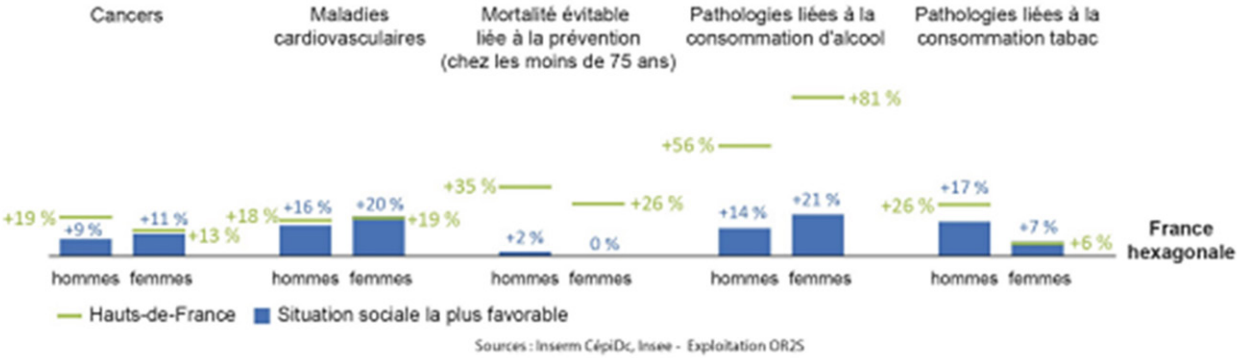


Sources : CCMSA, Cnaf, Insee, Ministère de l'Action et des Comptes publics - DGFiP - Exploitation OR2S

Une situation sociale plus favorable qu'en France

Cette classe, présentant les indicateurs sociaux les plus favorables de la région, détient également une situation sociale qui est globalement plus favorable que celle de la France. Ainsi, les taux de chômage, part de foyers fiscaux non imposés, taux d'allocataires du RSA et de l'AAH sont les plus faibles des cinq classes et en deçà du niveau national. Quelques spécificités sont toutefois à noter. En effet, parmi les actifs occupés, la part de cadres et professions intellectuelles supérieures est un peu plus faible qu'en France (16,8 % contre 18,6 %) ; ce constat n'est pas spécifique aux Hauts-de-France, la part relevée dans la classe sociale analogue du reste de la France est plus faible (14,2 %). La part de jeunes de 18-24 ans scolarisés est également plus faible dans cette classe qu'en France (45,6 % contre 52,5 %). Là encore, cette tendance moindre est retrouvée dans la classe analogue du reste de la France (40,6 %).

Différentiel avec la France du taux standardisé de mortalité 2011-2017



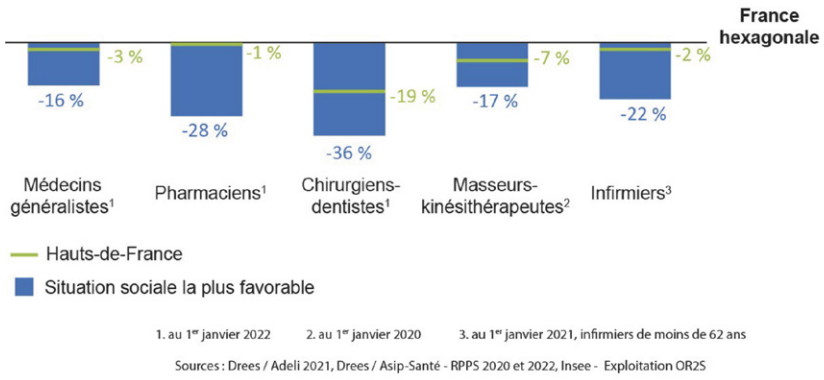
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS

Des indicateurs de mortalité les meilleurs des cinq classes, cependant bien en retrait de ceux du reste de la France

Si les indicateurs sociaux sont le plus souvent plus favorables qu'en France, il n'en est pas de même pour l'état de santé de la population. En effet, en regard de la situation nationale, les hommes domiciliés dans une des communes composant cette classe ont une demi-année de moins d'espérance de vie à la naissance (78,6 ans contre 79,2 ans en France en 2011-2017) et les femmes un peu plus d'une année (84,2 ans contre 85,4 ans). En regard de la classe analogue du reste de la France, les écarts sont encore plus marqués, 1,2 an chez les hommes et 1,5 an chez les femmes. Au sein des Hauts-de-France, si pour les hommes, il s'agit de la situation la plus favorable, l'espérance de vie féminine à la naissance est inférieure à celle relevée dans la classe composée de zones urbaines présentant une situation sociale hétérogène.

Tant pour la mortalité prématurée que pour la mortalité évitable, il n'existe pas de différence avec le niveau national. Seules exceptions à mentionner, la mortalité évitable liée au système de soins chez les femmes (+13 %) et la mortalité prématurée chez les hommes (-5 %). Ce plutôt bon résultat global doit cependant être tempéré par le fait que pour ces deux approches de la mortalité, la classe analogue du reste de la France est toujours en meilleure situation que la moyenne nationale avec des différences variant entre -13 % et -6 %. Au niveau des causes principalement analysées dans ce document (cancers, maladies cardiovasculaires, pathologies liées à la consommation d'alcool et de tabac), il existe dans cette classe favorisée socialement des surmortalités, allant du simple au triple (de +7 % à +21 %). Ce résultat est d'autant moins satisfaisant que dans la classe sociale analogue du reste de la France, la plupart des différences avec le niveau national sont négatives, hormis pour les maladies cardiovasculaires. Pour synthétiser, les écarts entre les deux classes les plus favorables, qui ressortent de la classification, montrent une population des Hauts-de-France dans une situation sanitaire moins satisfaisante telle que révélée par ces indicateurs en regard de l'ensemble des autres Français, hormis les Franciliens.

Différentiel avec la France de la densité de professionnels de santé libéraux



1. au 1er janvier 2022 2. au 1er janvier 2020 3. au 1er janvier 2021, infirmiers de moins de 62 ans

Sources : Drees / Adeli 2021, Drees / Asip-Santé - RPPS 2020 et 2022, Insee - Exploitation OR2S

Des densités de professionnels de santé plus faibles qu'en France, mais avec des parts moindres de professionnels âgés

La densité de médecins généralistes libéraux relevée dans cette classe (70,1 pour 100 000 habitants au 1er janvier 2022) demeure plus faible que celles relevées en région et en France (respectivement 81,8 et 83,9), mais aussi dans la classe sociale analogue du reste de la France (80,5). En revanche, la part de médecins âgés est la plus faible des cinq classes sociales et à un niveau proche de ce qui est observé dans la classe analogue du reste de la France : deux médecins sur cinq ont 55 ans et plus contre un sur deux dans le reste de la région.

Cette classe se démarque avec les plus faibles densités de pharmaciens et d'infirmiers libéraux des cinq classes sociales. Pour les masseurs-kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes, les densités sont là encore plus faibles que celles de la région et de la France. En outre, les différentes densités de professionnels relevées dans cette classe sont bien moindres que celles de la classe sociale analogue du reste de la France. À titre d'exemple, le manque en médecins généralistes est de 4 % dans la classe analogue et de 16 % en région, de 17 % contre 28 % pour les pharmaciens, de 2 % contre 22 % pour les infirmiers et de 11 % contre 36 % pour les chirurgiens-dentistes. En revanche, le plus souvent, les parts de 55 ans et plus pour ces différents professionnels demeurent plus faibles que celles relevées sur les trois unités géographiques de comparaison.

Indicateurs socio-démographiques

		Population	Part de la population dans le territoire (en %)	Densité de population (habitants au km²)	Rapport de dépendance	Indice de vieillissement	Indice conjoncturel de fécondité (enfant(s) par femme)	Taux de fécondité des femmes de 12-20 ans (pour 1 000 femmes de 12-20 ans)	Part de jeunes de 25-34 ans non scolarisés pas ou peu diplômés (en %)	Revenu moyen annuel par foyer fiscal (en €)	Part de foyers fiscaux non imposés (en %)	Taux d'allocataires du RSA (pour 100 ménages)	Taux d'allocataires de 20-64 ans de l'AAH (pour 100 personnes de 20-64 ans)	Taux de chômage des 15 ans et plus (au sens du recensement, en %)	Taux de chômage des 15-24 ans (au sens du recensement, en %)
		RP 2019	RP 2019	RP 2019	RP 2019	RP 2019	2015-2021	2015-2021	RP 2019	2021	2021	2021	2021	RP 2019	RP 2019
Hauts-de-France	Situation sociale la plus défavorable	2 411 751	40,2	353,1	81,3	69,3	2,01	15,0	19,1	21 269	66,2	11,7	4,7	20,9	40,4
	Situation sociale plutôt défavorable	952 734	15,9	96,7	79,8	78,5	1,88	8,4	14,0	25 044	59,9	5,7	3,2	14,4	33,0
	Zones urbaines présentant une situation sociale hétérogène	1 531 482	25,5	570,0	71,9	64,1	1,75	7,0	11,8	29 731	53,3	7,7	3,4	14,7	29,5
	Situation sociale plutôt favorable	615 350	10,2	73,8	78,7	68,4	1,91	6,2	12,0	26 180	58,0	4,3	2,6	11,9	28,8
	Situation sociale la plus favorable	493 630	8,2	120,6	74,8	65,8	1,85	3,3	10,1	33 334	47,2	2,8	1,9	9,3	24,6
	Hors Situation sociale la plus défavorable	3 593 196	59,8	143,9	75,5	68,8	1,79	6,8	12,2	28 364	55,0	6,0	3,2	13,4	29,7
	Hors Situation sociale plutôt défavorable	5 052 213	84,1	230,1	77,4	67,3	1,88	10,4	15,1	25 565	59,5	8,8	3,9	16,6	34,3
Hauts-de-France	Hors zones urbaines présentant une situation sociale hétérogène	4 473 465	74,5	153,6	79,9	70,7	1,96	11,2	16,1	24 015	61,7	8,5	4,0	16,8	35,8
	Hors Situation sociale plutôt favorable	5 389 597	89,8	229,7	77,7	69,1	1,88	10,5	15,3	25 405	59,7	8,7	4,0	16,8	34,7
	Hors Situation sociale la plus favorable	5 511 317	91,8	198,9	78,1	69,3	1,88	10,6	15,4	24 808	60,6	8,8	4,0	16,9	34,9
	Situation sociale la plus défavorable	3 456 762	7,4	160,3	87,7	105,9	1,92	11,4	18,2	23 196	62,6	9,9	5,3	18,8	34,7
France hors	Situation sociale plutôt défavorable	6 219 430	13,3	51,5	88,2	115,7	1,86	7,9	15,9	24 183	61,3	5,8	4,1	14,2	29,3
Hauts-de-France	Zones urbaines présentant une situation sociale hétérogène	19 459 363	41,6	379,4	76,8	86,2	1,78	6,0	11,8	29 141	52,5	6,3	3,5	13,7	26,6
et Île-de-France	Situation sociale plutôt favorable	7 909 635	16,9	40,5	87,3	106,3	1,87	5,5	12,1	25 486	59,4	3,6	3,1	11,0	23,9
	Situation sociale la plus favorable	9 784 087	20,9	87,8	79,9	80,5	1,85	3,3	9,3	32 021	49,7	2,7	2,1	9,1	20,9
	Hauts-de-France	6 004 947	9,2	188,8	77,8	69,0	1,88	10,1	15,0	25 483	59,5	8,3	3,7	16,3	34,1
	France hexagonale	65 096 768	100	119,7	78,4	83,8	1,84	6,2	12,4	29 547	53,8	5,9	3,1	12,8	26,4

Sources : CCMSA, Cnaf, Insee, Ministère de l'Action et des Comptes publics - DGFiP - Exploitation OR2S

Indicateurs de mortalité

		Espérance de vie à la naissance chez les femmes (en année)	Espérance de vie à la naissance chez les hommes (en année)	Différentiel pour la mortalité évitable liée à la prévention chez les hommes de moins de 75 ans en regard de la France hexagonale (en %)	Différentiel pour la mortalité évitable liée à la prévention chez les femmes de moins de 75 ans en regard de la France hexagonale (en %)	Différentiel pour la mortalité évitable liée au système de soins chez les hommes de moins de 75 ans en regard de la France hexagonale (en %)	Différentiel pour la mortalité évitable liée au système de soins chez les femmes de moins de 75 ans en regard de la France hexagonale (en %)	Différentiel de mortalité par cancers chez les hommes en regard de la France hexagonale (en %)	Différentiel de mortalité par cancers chez les femmes en regard de la France hexagonale (en %)	Différentiel de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire chez les hommes en regard de la France hexagonale (en %)	Différentiel de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire chez les femmes en regard de la France hexagonale (en %)	Différentiel de mortalité par pathologies liées à la consommation d'alcool chez les hommes en regard de la France hexagonale (en %)	Différentiel de mortalité par pathologies liées à la consommation d'alcool chez les femmes en regard de la France hexagonale (en %)	Différentiel de mortalité par pathologies liées à la consommatio tabac chez les femmes en regard de la France hexagonale (en %)	Différentiel de mortalité par pathologies liées à la consommatio tabac chez les hommes en regard de la France hexagonale (en %)
		2011-2017	2011-2017	2011-2017	2011-2017	2011-2017	2011-2017	2011-2017	2011-2017	2011-2017	2011-2017	2011-2017	2011-2017	2011-2017	2011-2017
Hauts-de-France	Situation sociale la plus défavorable	82,9	75,3	55	42	57	45	29	16	25	23	86	119	37	10
	Situation sociale plutôt défavorable	83,6	76,4	34	25	34	27	21	11	25	26	51	70	28	10
	Zones urbaines présentant une situation sociale hétérogène	84,6	78,1	18	16	19	21	10	11	0	2	34	60	12	-3
	Situation sociale plutôt favorable	83,7	77,3	24	12	20	22	11	6	21	31	38	44	20	8
	Situation sociale la plus favorable	84,2	78,6	2	0	1	13	9	11	16	20	14	21	17	7
Hauts-de-France	Hors Situation sociale la plus défavorable	84,1	77,5	21	16	21	22	13	10	13	16	37	55	18	3
	Hors Situation sociale plutôt défavorable	83,6	76,7	35	27	36	32	19	13	16	18	58	84	25	6
	Hors zones urbaines présentant une situation sociale hétérogène	83,3	76,2	40	29	40	34	22	13	23	24	63	88	30	9
	Hors Situation sociale plutôt favorable	83,6	76,5	36	28	37	32	20	14	17	18	59	85	27	6
	Hors Situation sociale la plus favorable	83,5	76,4	38	29	39	33	20	13	18	19	60	87	27	6
France hors Hauts-de-France et Île-de-France	Situation sociale la plus défavorable	84,6	77,6	18	21	17	11	8	6	7	5	14	14	11	11
	Situation sociale plutôt défavorable	84,9	78,3	11	10	8	4	3	2	9	9	4	3	7	9
	Zones urbaines présentant une situation sociale hétérogène	86,0	79,7	-6	-4	-7	-8	-3	-3	-8	-10	-10	-11	-5	-7
	Situation sociale plutôt favorable	85,1	78,5	9	3	3	2	1	0	12	13	8	-5	3	7
	Situation sociale la plus favorable	85,7	79,8	-6	-10	-11	-10	-2	-3	3	6	-7	-15	-3	0
	Hauts-de-France	83,6	76,6	35	26	35	31	19	13	18	19	56	81	26	6
	France hexagonale	85,4	79,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

Indicateurs de densité de professionnels de santé libéraux

		Densité de médecins généralistes libéraux (pour 100 000 habitants) 2022	Densité de pharmaciens libéraux (pour 100 000 habitants) 2022	Densité d'infirmiers libéraux de moins de 62 ans (pour 100 000 habitants) 2021	Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux (pour 100 000 habitants) 2020	Densité de chirurgiens-dentistes libéraux (pour 100 000 habitants) 2022
Hauts-de-France	Situation sociale la plus défavorable	79,6	46,6	192,3	89,2	46,9
	Situation sociale plutôt défavorable	67,2	37,3	185,9	78,5	33,1
	Zones urbaines présentant une situation sociale hétérogène	106,0	46,6	179,7	135,0	59,5
	Situation sociale plutôt favorable	61,9	33,2	173,9	67,5	23,9
	Situation sociale la plus favorable	70,1	30,6	140,8	86,3	35,2
Hauts-de-France	Hors Situation sociale la plus défavorable	83,2	39,6	171,2	101,8	43,1
	Hors Situation sociale plutôt défavorable	84,5	43,4	176,8	100,2	46,8
	Hors zones urbaines présentant une situation sociale hétérogène	73,5	41,0	178,8	83,6	39,5
	Hors Situation sociale plutôt favorable	84,0	43,5	178,4	100,1	47,0
	Hors Situation sociale la plus favorable	82,8	43,5	180,6	97,7	45,5
France hors Hauts-de-France et Île-de-France	Situation sociale la plus défavorable	88,1	52,2	265,5	110,1	60,0
	Situation sociale plutôt défavorable	71,7	45,6	229,8	83,9	44,7
	Zones urbaines présentant une situation sociale hétérogène	105,3	49,0	226,5	140,3	71,5
	Situation sociale plutôt favorable	69,9	40,3	192,6	70,8	35,3
	Situation sociale la plus favorable	80,5	35,7	184,6	102,8	49,2
	Hauts-de-France	81,8	42,4	176,1	96,7	44,6
	France hexagonale	83,9	42,8	180,3	104,1	55,1

Sources : Drees / Adeli 2021, Drees / Asip-Santé - RPPS 2020 et 2022, Insee - Exploitation OR2S

GLOSSAIRE

AAH : Allocation aux adultes handicapés
AAP : Appel à projets
ACT : Appartement de coordination thérapeutique
AHI : Accueil, Hébergement, Insertion
ARS : Agence régionale de santé
CCAS : Centre communal d'action sociale
CCMSA : Caisse centrale de mutualité sociale agricole
CCRPA : Conseil consultatif régional des personnes accueillies et accompagnées
CEJ : Contrat d'engagement jeune
CépiDC : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CLS : Contrat local de santé
CNAF : Caisse nationale des allocations familiales
CNR : Conseil national de la refondation
COG : Convention d'objectifs et de gestion (COG)
CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé
CCRPA : Conseil consultatif des personnes accueillies ou accompagnées
CRISS : Comité régional stratégique de réduction des inégalités sociales de santé
CRSA : Conférence régional de la santé et de l'autonomie
CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSDU : Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers de la CRSA
DAC : Dispositifs d'appui à la coordination
DDETS : Direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités
DGFIP : Direction générale des finances publiques
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DREETS : Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
EMPP : Équipe mobile psychiatrie précarité
EMSP : Équipe mobile santé précarité
EPS : Examen de prévention en santé
ESMS : Établissements et services sociaux et médico-sociaux
GIP : Groupement d'intérêt public
IAE : Insertion par l'activité économique
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
LAM : Lit d'accueil médicalisé
LHSS : Lit halte soins santé
OFII : Office français de l'immigration et de l'intégration
OG : Objectif général
OR2S : Observatoire régional de la santé et du social
PASS : Permanence d'accès aux soins de santé
PRAPS : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies
PRS : Projet régional de santé
PTSM : Projet territorial de santé mentale
QPV : Quartier prioritaire de la politique de la ville
RP : Recensement de la population
RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de santé
RSA : Revenu de solidarité active
SIAO : Service intégré d'accueil et d'orientation
SNS : Stratégie nationale de santé
SRS : Schéma régional santé
TAPAJ : Travail alternatif payé à la journée

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

2023-2028

PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

DES HAUTS-DE-FRANCE

PRS

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

CADRE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE
SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ
PRAPS

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Hauts-de-France

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