



# PRIORITÉS DE SANTÉ DU TERRITOIRE DE DÉMOCRATIE SANITAIRE DE MÉTROPOLE- FLANDRES

DIAGNOSTIC PARTAGÉ  
DU CONSEIL TERRITORIAL DE SANTÉ



MÉTROPOLE-  
FLANDRES

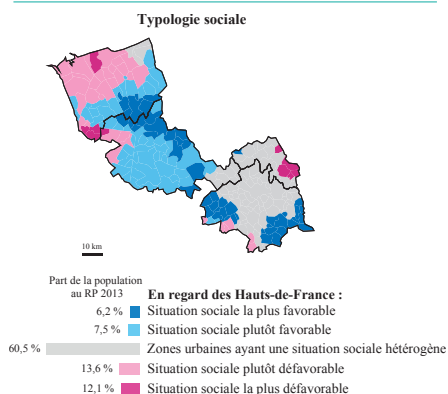
L'article L1434-10 du code de la santé publique prévoit l'installation, par le directeur général de l'agence régionale de santé, d'un conseil territorial de santé sur chacun des territoires de démocratie sanitaire. Le conseil territorial de santé contribue à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé (PRS), en particulier sur les dispositions concernant l'organisation des parcours de santé. Le conseil territorial de santé participe à l'élaboration du diagnostic territorial partagé ; celui-ci ayant pour objet d'identifier les besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la population concernée en s'appuyant sur des données d'observation. Il tient compte des caractéristiques des territoires concernés.

Ce document est le résultat de la participation du conseil territorial de santé de Métropole-Flandres au diagnostic partagé du PRS Hauts-de-France. Ce diagnostic partagé comprend quatre parties :

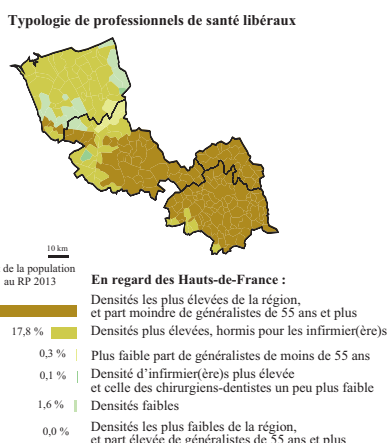
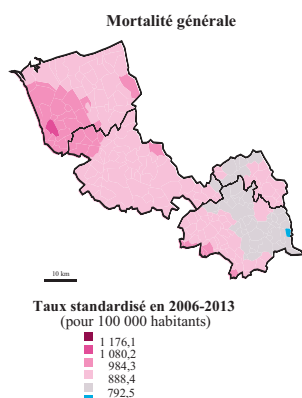
- Des données d'observations spécifiques au territoire
- Les résultats d'une concertation permettant l'expression des membres du conseil territorial de santé
- L'articulation avec les chantiers mis en place par l'agence régionale de santé des Hauts-de-France
- La proposition de cinq priorités pour le territoire, élaborées en cohérence avec les travaux régionaux du PRS Hauts-de-France.

# LA SITUATION SOCIO-SANITAIRE

## UNE VISION PAR COMMUNE DE LA DIMENSION SOCIALE, LA MORTALITÉ ET L'OFFRE EN PROFESSIONNELS DE SANTÉ



Cette typologie repose sur huit indicateurs couvrant des thématiques variées ; cf. encadré p. 3.



Cette typologie repose sur six indicateurs relatifs aux médecins généralistes, infirmier(ère)s, masseurs-kinésithérapeutes et chirurgiens-dentistes ; cf. encadré p. 3.

Sources : Adeli 2016, Drees / Asip-Santé - RPPS 2016, CCMSA, Cnaf, Insee, Inserm CépiDc, Ministère de l'Économie et des Finances - DGFiP ; exploitation OR2S

## Situation du TDS Métropole-Flandres en regard des territoires de démocratie sanitaire et de la France

### UNE DENSITÉ DE POPULATION SIX FOIS SUPÉRIEURE À CELLE DE LA FRANCE HEXAGONALE

Au recensement de 2013, le territoire de démocratie sanitaire (TDS) Métropole-Flandres compte 1,6 million d'habitants, soit une densité de 690 habitants au km<sup>2</sup>, bien au-delà des autres TDS de la région (290 pour le deuxième plus dense, celui du Hainaut). Il détient la plus faible part de personnes âgées de 75 ans et plus<sup>1</sup> des TDS de la région et la plus élevée pour la population des moins de 25 ans. Compte tenu de la répartition de la population, c'est ce TDS qui enregistre les plus faibles indices de vieillissement<sup>2</sup> et rapport de dépendance<sup>3</sup>.

Le TDS Métropole-Flandres voit sa population croître depuis de nombreuses années, à un niveau toutefois inférieur à celui de la France et, dans la région, à celui de l'Oise.

### PRÈS D'UN JEUNE DE 25-34 ANS SUR DEUX DIPLÔMÉ D'AU MOINS UN BAC+2

Dans la majorité des cas, le TDS Métropole-Flandres connaît une situation socio-économique moins défavorable qu'en moyenne dans la région. Ainsi, il enregistre le deuxième taux de chômage le plus faible chez les 15-24 ans, toutefois supérieur à celui du niveau national ; il est également en deuxième position des plus faibles valeurs des TDS pour la part de foyers fiscaux non imposés, mais également supérieure à la France. Une spécificité est à mentionner sur le niveau de diplôme des jeunes de 25-34 ans : la part de diplômés ayant au moins un Bac+2 est de 47,3 %, soit le seul TDS à se trouver au-dessus de la valeur nationale (43,3 %).

### UNE MORTALITÉ GÉNÉRALE QUI DEMEURE SUPÉRIEURE À CELLE DE LA FRANCE MALGRÉ UNE DIMINUTION PLUS MARQUÉE

Le TDS Métropole-Flandres présente la deuxième mortalité la plus faible des TDS derrière l'Oise, avec un taux qui se rapproche de plus en plus de la valeur isarienne. Ainsi, en trente ans, la baisse dépasse les 45 % dans le premier territoire contre moins de 40 % dans le second. Il n'en demeure pas moins que, malgré cette diminution, le taux de mortalité reste supérieur à celui de la France de plus de 14 %.

Une surmortalité avec le niveau national est observée pour une majorité des causes de décès. Cependant, c'est dans ce territoire que l'évolution du taux de mortalité a été en trente ans le plus favorable des TDS de la région pour les deux premières causes de mortalité (cancers et maladies cardiovasculaires). Les pourcentages d'évolution sur la même période sont mêmes supérieurs à ceux observés nationalement.

### DES DENSITÉS DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ SUPÉRIEURES À LA MOYENNE NATIONALE

Pour les médecins généralistes, les masseurs-kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes, le TDS Métropole-Flandres est celui qui enregistre les densités de libéraux les plus élevées des territoires de démocratie sanitaire de la région. Ces densités sont même supérieures à celles du niveau national pour les deux premiers professionnels de santé et équivalente pour le troisième.

#### Point méthodologique - Lissage géographique

Du fait de la faiblesse de la population dans certaines communes, les indicateurs ont été lissés géographiquement pour disposer d'indicateurs plus stables. Ce lissage permet de prendre en compte l'information disponible dans le voisinage de chaque commune ; les communes françaises hors région sont également considérées. Les communes limitrophes à une commune donnée sont celles qui lui sont directement contiguës (« communes voisines d'ordre un »), mais également celles qui sont limitrophes aux communes voisines d'ordre un (il s'agit alors des « communes voisines d'ordre deux ») ; *idem* avec les communes voisines d'ordre trois. Le lissage est effectué *a priori* (sur les données brutes) et non *a posteriori* (sur les indicateurs déjà calculés).

<sup>1</sup> à égalité avec le TDS Oise (7,0 % versus 9,2 % en France hexagonale et 7,9 % en région).

<sup>2</sup> nombre de personnes de 65 ans et plus sur le nombre de personnes de moins de 20 ans \* 100

<sup>3</sup> nombre de personnes de moins de 20 ans et de 65 ans et plus sur le nombre de personnes de 20-64 ans \* 100

## Situation au sein du territoire de démocratie sanitaire Métropole-Flandres

### TROIS CINQUIÈMES DE LA POPULATION RÉSIDANT DANS DES ZONES URBAINES PRÉSENTENT UNE SITUATION SOCIALE HÉTÉROGÈNE

Compte tenu notamment de la présence de Lille et de Roubaix sur le territoire et de l'absence de données à un niveau infra-communal, une grande partie de la population de la partie est du territoire se retrouve dans une situation sociale qualifiée d'hétérogène, soit les trois cinquièmes de la population de l'ensemble du territoire de démocratie sanitaire.

Ainsi, concernant la dimension sociale<sup>1</sup>, un peu plus d'un quart de la population réside dans une commune appartenant à une des deux classes présentant les situations sociales les plus défavorables. À titre de comparaison, sur l'ensemble de la région, c'est un peu plus de la moitié de la population qui appartient à ces deux classes. C'est sur la façade maritime qu'est retrouvée la zone la plus étendue de personnes se situant dans la classe avec une situation sociale plutôt défavorable et, à un degré moindre, dans une partie limitrophe avec le Pas-de-Calais du territoire de proximité de Flandre Intérieure. C'est d'ailleurs la seule partie de ce territoire de proximité à se trouver dans cette situation, le reste appartenant aux classes favorisées.

**1 768**  
**DÉCÈS ÉVITÉS**  
en moyenne annuelle sur la période 2006-2013 avec la même mortalité qu'en France (1 063 chez les hommes et 725 chez les femmes), soit 15 % des décès enregistrés

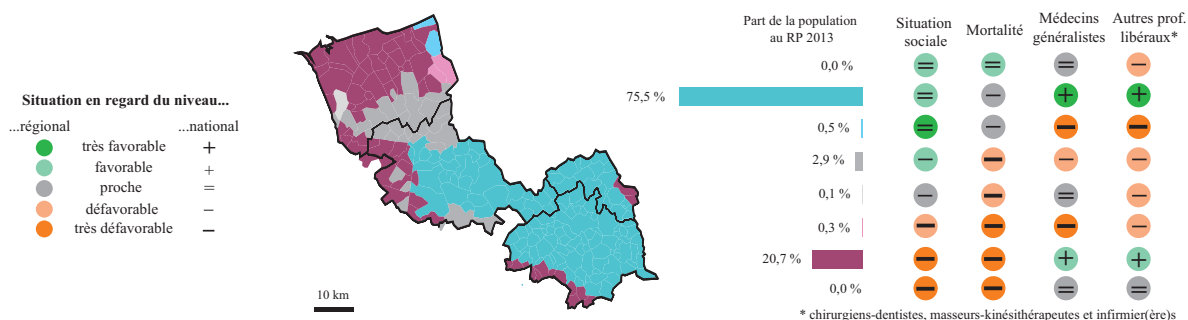
Concernant la mortalité, si les taux relevés sont souvent parmi les plus faibles de la région, ils demeurent le plus souvent plus élevés qu'en France (parfois assez proches), mais seule une petite zone présente une sous-mortalité par rapport à la France. Les plus forts taux de mortalité sont observés dans le Dunkerquois sur une zone limitrophe avec le Calais et l'Audomarois.

### LES PLUS FORTES DENSITÉS DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Dans sa globalité, le territoire de démocratie sanitaire Métropole-Flandres présente des densités en professionnels de santé, *a minima* au niveau de la France hexagonale mais bien souvent au-dessus de cette valeur nationale<sup>2</sup>. Cela en fait le territoire le mieux doté d'autant que l'offre en matière de salariés complète de façon importante l'offre libérale sur ce territoire. En termes de consommation de soins de ville ou de consommation de séjours dans les établissements de santé, là encore elles se trouvent *a minima* au niveau national mais le plus souvent en deçà de la France hexagonale. Au niveau plus fin, il faut mentionner le territoire de proximité du Dunkerquois pour lequel la densité en médecins généralistes libéraux est inférieure à celle de la région.

### UNE TYPOLOGIE SOCIO-SANITAIRE PAR COMMUNE

Cette typologie repose sur quinze indicateurs relatifs au domaine social, à la mortalité et à l'offre en professionnels de santé libéraux (cf. encadré figurant en bas de la page). Pour comprendre comment se situe chaque classe en regard des différentes dimensions considérées et des niveaux régional et national, une double légende a été effectuée. Un rond de couleur permet de positionner la classe en regard du niveau régional et un symbole est utilisé pour le niveau national. Ceci permet de savoir si la situation favorable observée en regard de la région, l'est également en regard du niveau national, et inversement.



Sources : Adeli 2016, Drees / Asip-Santé - RPPS 2016, CCMSA, Cnaf, Insee, Inserm CépiDc, Ministère de l'Économie et des Finances - DGFiP ; exploitation OR2S

### Point méthodologique - Typologie

Trois typologies ont été réalisées sur l'ensemble des communes des Hauts-de-France. L'objectif est de regrouper dans une même classe celles qui présentent des caractéristiques proches par rapport à la(ux) dimension(s) étudiée(s). Chaque classe est décrite en regard de la situation relevée dans les autres classes et donc sur l'ensemble de la zone d'analyse, la région. Seules les communes du territoire de démocratie sanitaire sont présentées. La typologie sociale repose sur huit indicateurs traitant de thématiques variées du domaine social : taux de fécondité des femmes de 12-20 ans en 2009-2015, part de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans, taux de chômage, part de jeunes de 25-34 ans pas ou peu diplômés, et part de cadres et professions intellectuelles supérieures au RP 2013, part de foyers fiscaux non imposés sur le revenu en 2014, taux d'allocataires du RSA et de l'AAH (de 20-59 ans) au 31 décembre 2015. La typologie des professionnels de santé libéraux repose sur les densités de médecins généralistes, d'infirmier(ère)s, de masseurs-kinésithérapeutes et de chirurgiens-dentistes. Pour les généralistes sont également considérées la part de médecins de 55 ans et plus ainsi que la densité en ne considérant que les professionnels de moins de 55 ans. La typologie socio-sanitaire repose sur les quatorze indicateurs listés ci-dessus ainsi que sur le taux standardisé sur l'âge de mortalité générale en 2006-2013.

<sup>1</sup> Les communes ont été classées selon un profil social global, des disparités infra-communales existent. Ainsi, au sein des communes présentant un profil social fragilisé, des populations plus favorisées peuvent y résider, c'est par exemple le cas des villes où le profil social des populations varie fortement selon le quartier.

<sup>2</sup> Il convient de pondérer l'importance de la densité médicale avec l'activité de recours d'établissements de santé, dans la mesure où le temps des professionnels n'est pas consacré à 100 % aux habitants du territoire.



# LA CONCERTATION DU CONSEIL TERRITORIAL DE SANTÉ

## UN TRAVAIL EN SÉANCE PLÉNIÈRE ET EN BUREAU

La démarche aboutissant à la rédaction de cinq priorités, expression du CTS pour son territoire, s'est déroulée en trois étapes.

Le 3 mars 2017, l'état des lieux sanitaire et social du territoire a été présenté à l'ensemble des membres du CTS réunis en séance plénière. Cet état des lieux reposait sur une analyse spécifique du *Diagnostic territorialisé des Hauts-de-France* à l'échelle du territoire de démocratie sanitaire et des territoires de proximité. L'objectif de cette réunion était de faciliter l'appropriation par les membres du CTS des différents indicateurs du diagnostic ; ce porté à connaissance des spécificités du territoire devant par la suite faciliter le choix et l'écriture des cinq priorités territoriales.

Une seconde réunion, organisée le 3 avril 2017 devait établir la liste de ces priorités en les documentant à partir de quatre rubriques : éléments de diagnostics mobilisés, développement plus détaillé de la priorité, bénéfices de la mise en œuvre de la priorité pour le territoire et chantiers du PRS concernés. Un tableau reprenant ces éléments a été distribué lors de la réunion du bureau du CTS, à charge pour le bureau de le remplir et le retourner à l'OR2S pour l'analyse.

Entre les deux réunions, le bureau a recueilli des contributions des membres du CTS pour l'aider à dégager des axes de préoccupations et alimenter la réflexion sur les priorités. Parallèlement, le 27 mars, les commissions « usagers » et « santé mentale et psychiatrie » ont travaillé à l'élaboration d'une priorité chacune.

Le bureau a convenu que le préambule général suivant devait introduire les cinq priorités retenues ; chaque priorité étant elle-même orientée par un préambule particulier, décrivant la ligne force du constat ayant permis de l'élaborer.

*« Lors de la présentation du diagnostic territorialisé aux membres du CTS, le constat a été fait de l'existence de territoires distincts composés de zones urbaines, semi-rurales et rurales : la Métropole (à comparer avec d'autres métropoles) et les Flandres, dont il convient de pointer les spécificités. La déclinaison des cinq priorités, présentées ci-après, devra tenir compte de ce constat, en programmant notamment des actions différenciées selon le territoire visé. Ceci étant, le territoire de démocratie en santé reste celui de Métropole-Flandres.*

*Deux principes généraux sous-tendent les priorités énoncées et leur déclinaison : le maintien de la proximité et la gradation des soins. »*

### Améliorer l'accompagnement et le parcours de soins et de vie des personnes présentant un trouble psychique

Au troisième rang des maladies les plus fréquentes après le cancer et les maladies cardiovasculaires, les troubles psychiques représentent pour l'Assurance maladie des coûts directs de soins (consultations, hospitalisations, médicaments...), pour une dépense voisine des pathologies cancéreuses et principale cause de handicap à l'horizon 2025. Le terme « trouble psychique » est employé volontairement pour englober le plus largement possible la population.

Par cette priorité, il s'agit de consolider et diversifier le dispositif ambulatoire et de favoriser « l'aller vers » en facilitant l'intervention des équipes de psychiatrie au domicile du patient sur l'ensemble des territoires de santé mentale.

Le dispositif hospitalier doit être consolidé, notamment en ce qui concerne la pédopsychiatrie, tandis que la coordination avec le dispositif ambulatoire serait à renforcer, dans une perspective d'inclusion sociale des usagers.

Les mères pourraient bénéficier le plus en amont possible d'un accompagnement « psy » afin de dépister très précocement les troubles du lien mère-enfant et la dépression du *post-partum* ; ainsi que pour favoriser la mise en place « d'écoles de la parentalité ».

Les troubles envahissants du développement (TED) devraient être repérés très précocement et les bonnes pratiques recommandées confortées.

La prévention de la récurrence et la prise en charge territorialisées des situations de crise, dont les risques suicidaires, restent à organiser.

Le croisement des compétences des professionnels de santé et des acteurs de la prévention, du médico-social, du logement et de l'insertion est à mieux structurer de façon à faciliter et accompagner la réadaptation ainsi que la réinsertion sociale afin d'optimiser le parcours de soins et de vie.



## Renforcer le dépistage organisé des cancers (colorectal et sein), notamment par une information auprès des acteurs de santé et sociaux, et auprès des personnes en situation de handicap

L'évolution du différentiel de mortalité prématurée par cancers au regard de la France hexagonale n'est pas favorable avec une évolution défavorable plus marquée chez les hommes en Flandre maritime.

L'objectif de cette priorité est de renforcer le dépistage organisé des cancers (colorectal et sein), notamment par une information auprès des acteurs de santé et sociaux, et auprès des personnes en situation de handicap.

Il s'agit aussi d'initier des expérimentations en prévention, par exemple en mobilisant les pharmacies.

L'implication de tous les acteurs est à rechercher pour faciliter l'accompagnement dans la mobilité, par exemple organiser les transports pour mammographies, centre de bilan de santé, etc.

### Cancers

3 630 décès en moyenne annuelle (30 % des décès)

• *surmortalité en regard de la France hexagonale de 17 % (+22 % pour les hommes et +13 % pour les femmes)*

• *583 décès évités avec la même mortalité qu'en France : 414 pour les hommes et 169 pour les femmes*

## Améliorer le lien ville-hôpital-médico-social en développant un parcours de soins fluide et sans rupture en favorisant l'interopérabilité entre les systèmes d'information

Le territoire de démocratie sanitaire Métropole-Flandres concentre un nombre important de structures et dispositifs sur tous les champs de la santé (médico-social, médecine libérale, structures hospitalières en ambulatoire ou en hospitalisation complète, HAD...) en raison de sa position de recours, en privé comme en public, et de son implication dans la recherche, notamment via le CHRU et les établissements associés à la faculté catholique de médecine. Ainsi, le territoire est bien positionné pour développer l'innovation et une stratégie ambitieuse et globale en matière de systèmes d'information et d'échange de données.

L'objectif affiché de cette priorité est d'améliorer le lien entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social en développant un parcours de soins fluide et sans rupture et en favorisant l'interopérabilité entre les systèmes d'information.

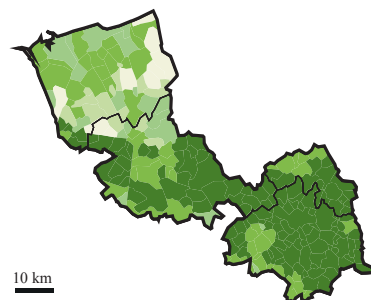
Cette interopérabilité doit s'appuyer sur les groupements hospitaliers de territoire (GHT) et les professionnels de santé afin de faciliter les échanges de données de santé.

Le recours à la télémédecine doit se développer tout en veillant à la qualification des professionnels.

Cet objectif doit aussi s'appuyer, entre autres, sur l'expérimentation de la carte de coordination des soins développée par les unions régionales des professionnels de santé (URPS) à destination des malades chroniques, en situation de fragilité ou de handicap, et sur l'expérimentation du dossier commun partagé.

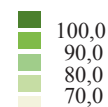
La conciliation médicamenteuse est à renforcer en veillant à décroiser les différents champs d'intervention.

DENSITÉ DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX  
AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2016 PAR COMMUNES LISSÉES\*



\* un lissage géographique a été mis en place (cf. page 2)

Densité  
(pour 100 000 habitants)



Métropole-Flandres : 105,3  
Hauts-de-France : 90,6  
France hexagonale : 91,8

Sources : Drees/Asip-Santé - RPPS 2016, Insee ; exploitation OR2S

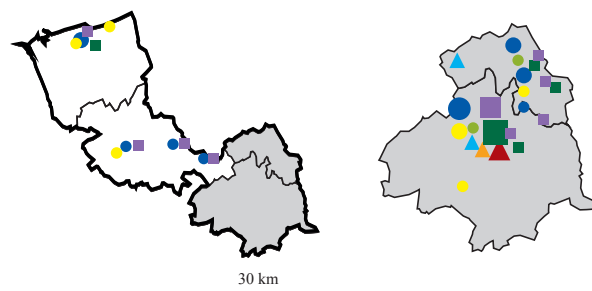
## Optimiser les moyens de prévention et mieux structurer les parcours de soins et d'accompagnement autour des addictions

Le diagnostic territorial fait apparaître une surmortalité des cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS), de la trachée, des bronches et du poumon sur le TDS Métropole-Flandres. Les problématiques autour des addictions sont remontées par de nombreux opérateurs en santé, pour tous publics et addictions confondus.

La prévention et la structuration des parcours de soins et d'accompagnement autour des addictions est l'objectif poursuivi en regard de cette problématique. Il s'agit tout d'abord de diversifier les moyens de prévention et d'intervenir dès le plus jeune âge, notamment en associant le milieu scolaire et d'autres partenaires.

Concernant le parcours de soins, il faut multiplier l'information sur l'offre de soins en direction des populations comme des professionnels de santé libéraux ; informer les acteurs de terrain sur l'offre existante et les mettre en réseau, et, enfin, sensibiliser au repérage des addictions en incluant les acteurs des services d'aide à la personne.

RÉPARTITION DES SERVICES POUR LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS EN 2016



### Type d'équipement

- Consultation jeunes consommateurs (CJC)
- Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) ambulatoire
- Antenne d'un Csapa
- Unité hospitalière d'addictologie
- ▲ Service d'appartements thérapeutiques
- ▲ Centre thérapeutique résidentiel (CTR)
- ▲ Soins de suite et de réadaptation en addictologie (SSRA)
- Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud)

Sources : Drogues info Service - Santé publique France, ARS des Hauts-de-France ; exploitation OR2S

## Améliorer et diversifier l'accompagnement à domicile des personnes âgées, et prendre en compte la problématique du vieillissement des personnes handicapées en établissements

Le territoire de démocratie sanitaire Métropole-Flandres est diversement concerné par le phénomène du vieillissement et de la perte d'autonomie : la Métropole lilloise est plus jeune que le reste de la région tandis que le territoire des Flandres est plus impacté par le vieillissement. Cette priorité doit permettre l'optimisation de la prise en charge, l'identification des acteurs et leur coordination sur le territoire.

L'objectif est d'améliorer et de diversifier l'accompagnement des personnes âgées, dont celles en situation de handicap, pour optimiser leur prise en charge. Les alternatives à l'hospitalisation sont à développer tout comme il faut tendre à diversifier l'accompagnement à domicile.

S'assurer du respect de la volonté de la personne âgée quant aux modalités de sa prise en charge (établissement ou domicile) serait un préalable à tout accompagnement.

D'un autre côté, il s'agit de renforcer la connaissance des dispositifs existants auprès des professionnels de santé mais aussi d'analyser les listes d'attente des établissements et le non-recours aux établissements faute de moyens financiers afin de mieux appréhender les besoins.

Des actions permettant le renforcement du lien social sont à développer.

Enfin, il convient d'étudier les conditions de mise en place de postes d'infirmier(ère)s diplômé(e)s d'État mutualisés en Ehpad la nuit pour limiter les hospitalisations, y compris par le développement de la téléconsultation.



# L'ARTICULATION AVEC LES CHANTIERS DE L'ARS

## La définition de priorités et des modalités de mise en œuvre

En parallèle des travaux des CTS, 22 groupes de travail portant sur les principales problématiques régionales ont été mis en place, associant outre l'ARS, des professionnels de santé, les partenaires institutionnels, des représentants des usagers. Les travaux de ces groupes ont permis d'identifier, pour chaque thématique, cinq priorités régionales.

Pour que la participation des conseils territoriaux de santé au diagnostic partagé du PRS des Hauts-de-France soit prise en compte, les propositions des CTS ont été croisées avec les travaux régionaux pour garantir la cohérence. Il en a été déduit cinq priorités par CTS.

Quelques remarques importantes concernant ce document et les modalités de mise en œuvre :

- La prise en compte de ces priorités se fera au moment de la conception des plans d'actions du PRS des Hauts-de-France.
- Les plans d'actions concerneront l'ensemble du PRS des Hauts-de-France et pas uniquement ceux rattachés aux priorités des CTS.
- Les plans d'actions du PRS des Hauts-de-France sont réalisés sous réserve de la disponibilité des moyens. Cela pourra le cas échéant, et avec l'accord du CTS, donner lieu à une adaptation du présent document.
- La stratégie nationale de santé qui est en phase de conception pourra le cas échéant amener à une révision du présent document.

## Déroulement permettant d'aboutir aux cinq priorités



**JANVIER 2017 :**  
publication du diagnostic  
territorialisé des Hauts-de-France  
**31 JANVIER 2017 :**  
présentation du diagnostic lors  
de la réunion d'installation du CTS



**3 MARS 2017 :**  
première rencontre avec les membres  
du CTS\* pour présenter les spécificités  
du territoire de démocratie sanitaire



**RÉFLEXION AUTOUR  
DES PRIORITÉS :**  
appropriation par les membres  
composant le CTS des différents  
diagnostics, recherche d'informations  
complémentaires, combinées à l'expertise  
et la connaissance terrain



**MAI À NOVEMBRE 2017 :**  
mise en regard par l'ARS  
des cinq priorités définies  
au sein des CTS et des  
chantiers définis par  
l'ARS pour aboutir à un  
projet régional de santé  
cohérent



**3 AVRIL 2017 :**  
deuxième rencontre  
avec les membres de bureau du CTS pour  
aboutir à la désignation de cinq priorités



\* précédée d'une réunion de bureau qui s'est tenue le 20 février



# LES CINQ PRIORITÉS

- ✓ **Améliorer l'accompagnement et le parcours de soins et de vie des personnes présentant un trouble psychique**

L'objectif général sur la « santé mentale » du PRS prend en compte cette priorité.

- ✓ **Renforcer le dépistage organisé des cancers (colorectal et sein), notamment par une information auprès des acteurs de santé et sociaux, et auprès des personnes en situation de handicap**

L'objectif général sur le « cancer » du PRS prend en compte cette priorité.

- ✓ **Améliorer le lien ville-hôpital-médico-social en développant un parcours de soins fluide et sans rupture en favorisant l'interopérabilité entre les systèmes d'information**

L'objectif général sur le « SI Télésanté » du PRS prend en compte cette priorité.

- ✓ **Optimiser les moyens de prévention et mieux structurer les parcours de soins et d'accompagnement autour des addictions**

L'objectif général sur les « addictions » du PRS prend en compte cette priorité.

- ✓ **Améliorer et diversifier l'accompagnement à domicile des personnes âgées, et prendre en compte la problématique du vieillissement des personnes handicapées en établissements**

Les objectifs généraux sur le « vieillissement » et le « handicap » du PRS prennent en compte cette priorité.



Ce document a été réalisé par la présidente du CTS de Métropole-Flandres Martine Lefebvre et son bureau, par la directrice territoriale du Nord - ARS Hauts-de-France, Hélène Toussaint, ainsi que par Stéphanie Frère (ARS), Gwen Marqué (ARS), Philippe Lorenzo (OR2S), Nadège Thomas (OR2S) et Alain Trugeon (OR2S). Il a été mis en page par Sylvie Bonin (OR2S) et diffusé en décembre 2017.

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

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DES HAUTS-DE-FRANCE  
556 avenue Willy Brandt - 59777 EURALILLE - Tél : 0 809 402 032  
Site Internet : [www.hauts-de-france.ars.sante.fr](http://www.hauts-de-france.ars.sante.fr)