Plan Local
d'Urbanisme
Intercommunal
Habitat Déplacements

Communauté Urbaine de Dunkerque

Rapport de présentation

TOME 1 : DIAGNOSTIC TERRITORIAL

PARTIE 3 : SANTE

Vu pour être annexé à la délibération du 19 décembre 2022
Approuvant le PLUI HD

Pour le Président,

Le Vice-Président en charge du Personnel,
de l'Urbanisme réglementaire et de la
Politique de la Ville
Martial BEYAERT

Dunkerque Grand Littoral

agur

Sommaire

PARTIE 3 LA SANTE

1. LA SITUATION SANITAIRE DES POPULATIONS 4
   1.1. La santé des enfants et des adolescents 4
   1.2. La santé des adultes 14
   1.3. La santé des séniors 33
2. L'OFFRE SANITAIRE ET SOCIALE 37
   2.1. La médecine de ville et l'offre de soins de proximité 37
   2.2. Le réseau hospitalier et les équipements 49
   2.3. La prise en charge spécifique des personnes âgées 54
   2.4. Les moyens de prise en charges spécifiques (handicap et santé mentale) 61

CONCLUSION : CE QU'IL FAUT RETENIR 66

QUELLE MISE A JOUR DES DONNEES SUR LE LONG TERME ? 67

Notre santé est très largement influencée par des facteurs qui relèvent de choix et d'actions menées dans le cadre d'autres secteurs que celui de la santé.
Ainsi, les politiques économiques, environnementales, d'aménagements, de transports sont autant d'éléments qui interagissent favorablement ou défavorablement sur notre organisme.
De fait, un nombre important de leviers de promotion de la santé se situent en dehors du strict domaine des politiques de santé, le Plan Local d'Urbanisme en est un.

La Charte d'Ottawa (1986) insiste sur le fait que la notion de santé est un enjeu transectoriel, et que la coopération sur cette thématique est nécessairement transverse.
Le PLUI Habitat Déplacements revendique sa transversalité de par son essence même.

Ainsi, en agissant sur les choix d'aménagement du territoire, en gouvernant en partie sur les transformations de nos environnements, de nos habitats, les intercommunalités - notamment via leur PLUI - constituent une des locomotives incontournables de promotion de la santé de la population.

De fait, l'analyse des données relatives à la santé des populations du territoire et à l'offre de soins trouve toute sa place dans les travaux d'élaboration d'un PLU Intercommunal Habitat Déplacements.

Un des objectifs majeurs est de prendre conscience des impacts engendrés par l'urbanisme, de faire évoluer les pratiques et les réflexions de tous les acteurs de l'aménagement du territoire, pour que la thématique santé fasse partie intégrante de la culture et des choix en matière d'urbanisme.

Cependant, le document PLU final a des limites techniques et ne peut suffire : aussi, bien qu'il ait la compétence de penser et concevoir l'aménagement du territoire, il ne peut gérer les pratiques qui ne relèvent pas de l'urbanisme (par exemple règlementer l'utilisation de produits phytosanitaires*)*.

Le Plan Local d'Urbanisme ne peut donc pas porter seul la capacité à répondre de manière complète à l'ensemble des enjeux territorialisés qui impactent la santé. Il demeure néanmoins un instrument intéressant de promotion de la santé. Il faut donc pleinement mesurer leur marge d'action afin de se concentrer sur ce qu'ils peuvent faire et exploiter au mieux leur potentiel.

NB : Lorsque l'expression de « **zone de proximité** » est évoquée, il s'agit d'une notion créée par l'ARS (Agence Régionale de Santé) qui découpe de la région en territoires de santé et en zones de proximité.
Ainsi, la **zone de proximité de Dunkerque correspond au territoire couvert par le SCoT Flandre-Dunkerque.**

L'ARS Nord-Pas-de-Calais distingue quatre niveaux de territoires pour la région Nord-Pas-de-Calais :

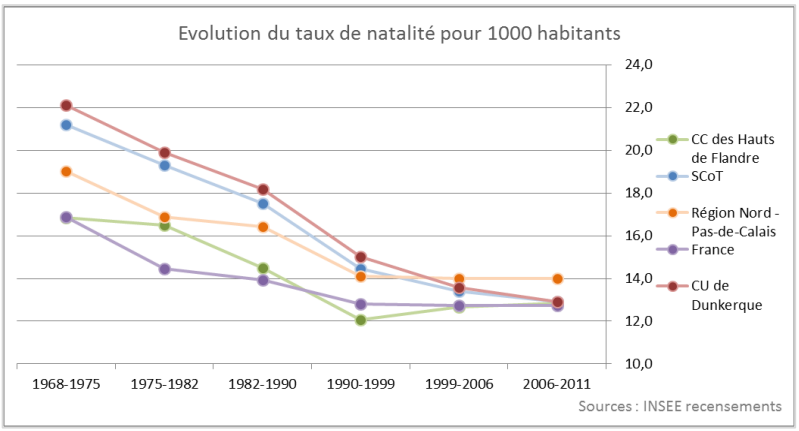
- Le premier est celui de la Région et de la gestion interdépartementale,
- Le second est celui du Territoire de Santé, 4 territoires de santé ont été définis pour la région,
- Le troisième est celui des zones de proximité, **15 zones de proximité** composent les territoires de santé,
- Le quatrième est celui des espaces de projet et d'initiative. Cet espace n'est pas défini pour permettre à tout projet de trouver son territoire de mise en œuvre.

1. LA SITUATION SANITAIRE DES POPULATIONS

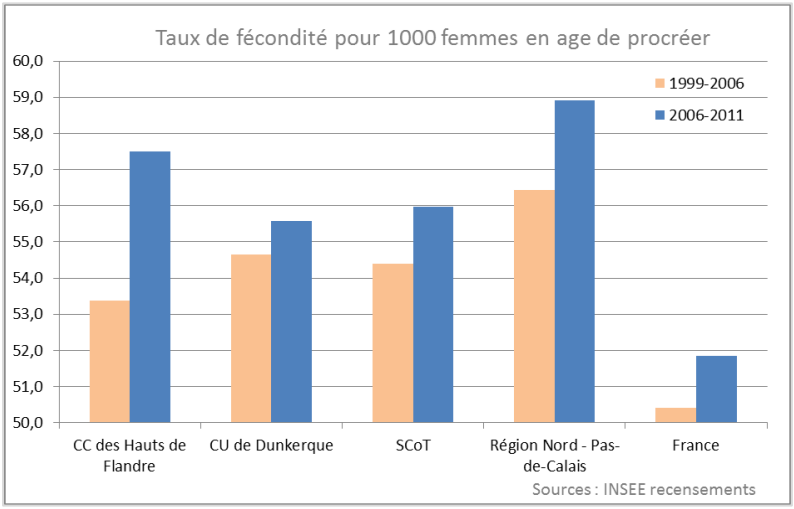
1.1. LA SANTE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

1.1.1. LA POURSUITE DU RALENTISSEMENT DE LA NATALITE

Le taux de natalité a fortement baissé depuis 40 ans le territoire de la Communauté urbaine de Dunkerque, pour devenir inférieur à celui de la Région Nord Pas de Calais.

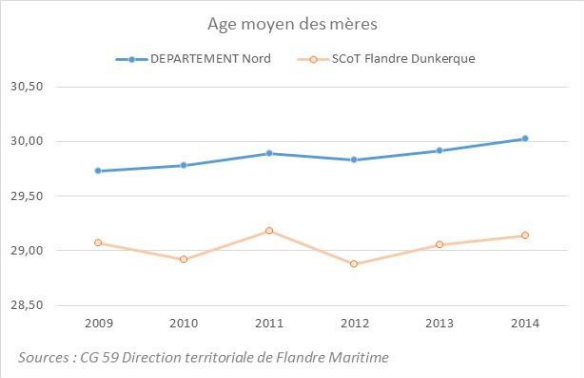


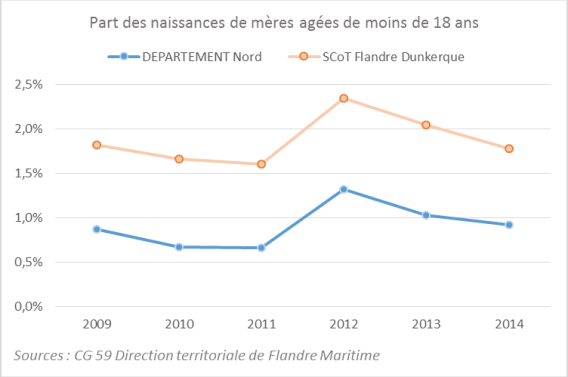
Par ailleurs, le taux de fécondité a augmenté sur la CUD, mais moins fortement que sur les autres territoires.



Ces chiffres confirment le ralentissement de la dynamique de natalité ainsi que le phénomène de vieillissement de la population qui avait déjà été constaté lors du diagnostic du SCoT en 2003.

1.1.2. DES MERES PLUS JEUNES SUR LE TERRITOIRE DU SCOT QUE DANS LE RESTE DU DEPARTEMENT

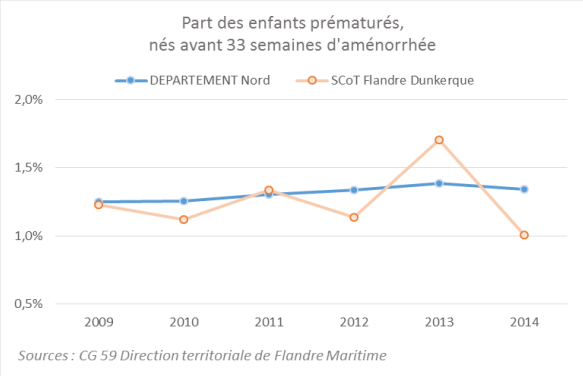


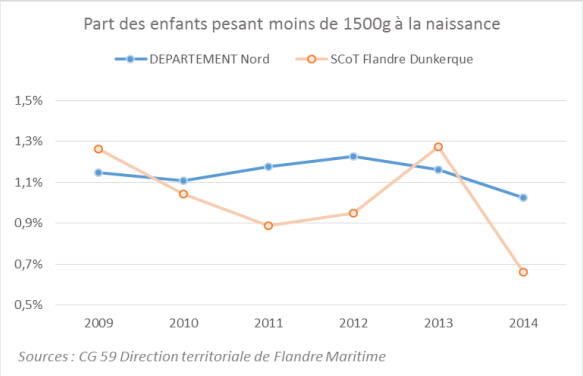


Ce phénomène est accentué par une parentalité précoce : ainsi, la part des naissances chez les mères âgées de moins de 18 ans est un point supérieur à la part observée au niveau départemental. Cette situation fait apparaître une entrée dans la vie active plus précoce sur le territoire, pouvant s'expliquer par une situation sociale et culturelle dégradée.

« 17 % des 15-29 ans ont la responsabilité d'un ou plusieurs enfants, soit trois points de plus qu'en métropole. » (Etude AGUR « Les jeunes dans le Dunkerquois » - Étude quantitative sur les 16-29 ans - 2014).

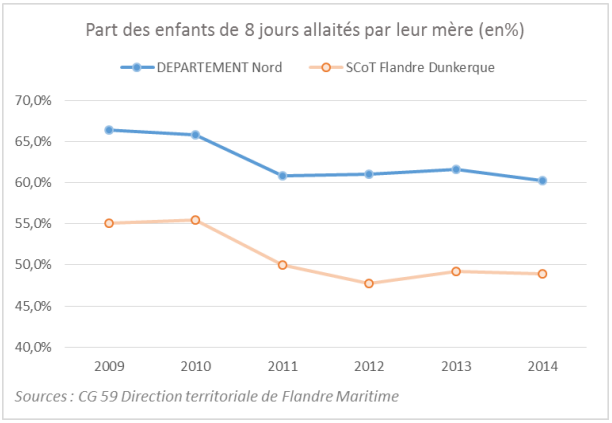
1.1.3. UNE DIMINUTION DU NOMBRE D'ENFANTS NES PREMATUREMENT SUR LE TERRITOIRE DU SCOT

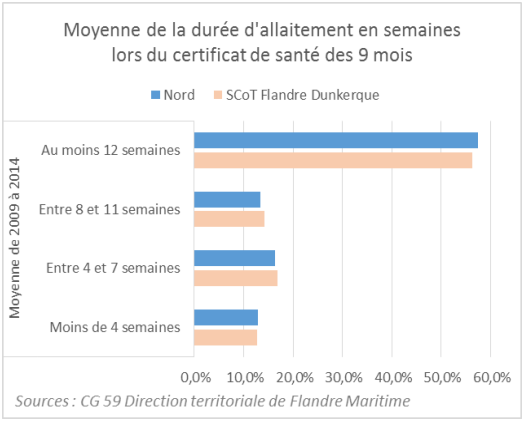




La part des enfants nés prématurés suit la situation départementale. Celle des enfants nés avec un poids inférieur à 1500g est même globalement inférieure à ce qui est observé à l'échelle du département.

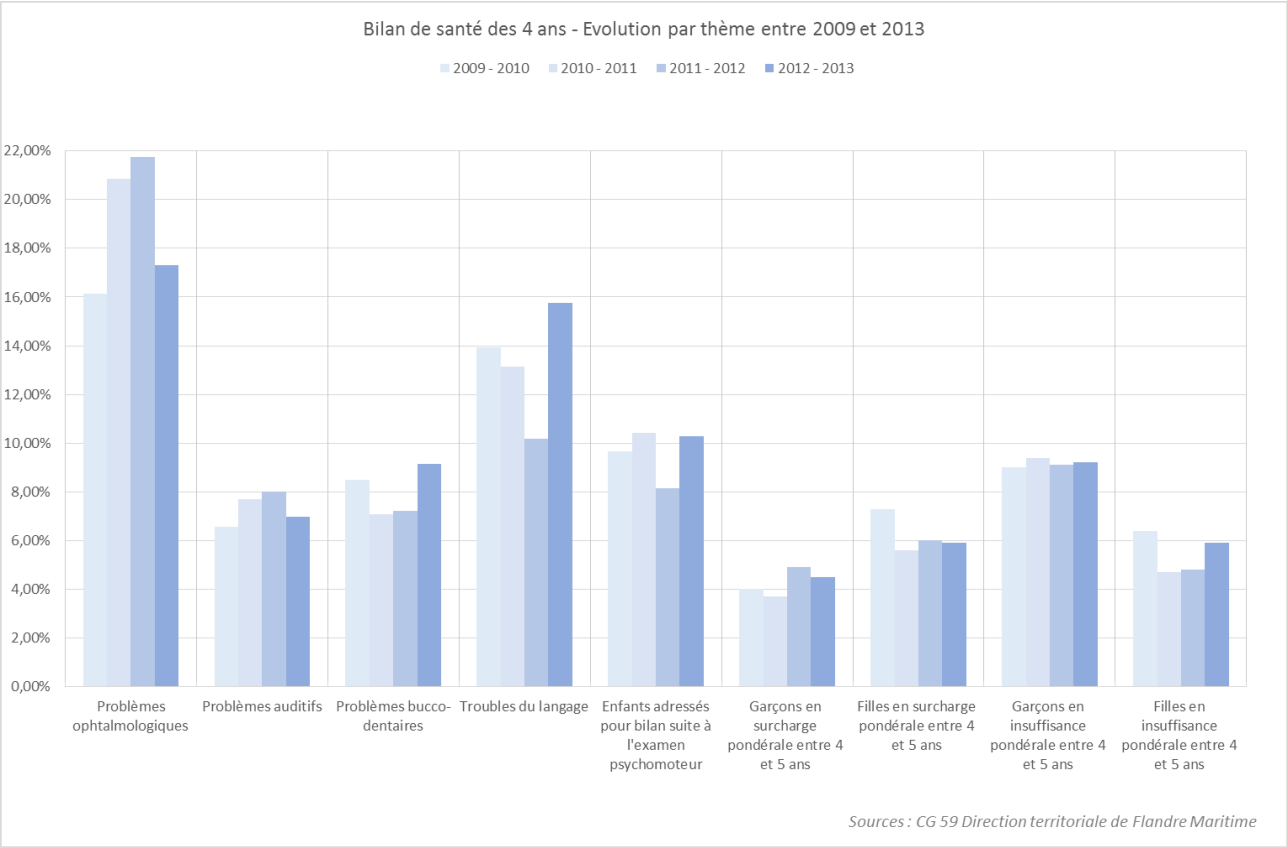
Lors du diagnostic santé réalisé dans le cadre de la révision du SCoT en 2003, ces chiffres étaient supérieurs avec des taux de 1,8% des enfants prématurés en 1998 (1% en 2014) et 1,5% des enfants pesant moins de 1500g à la naissance (0,7% en 2014).



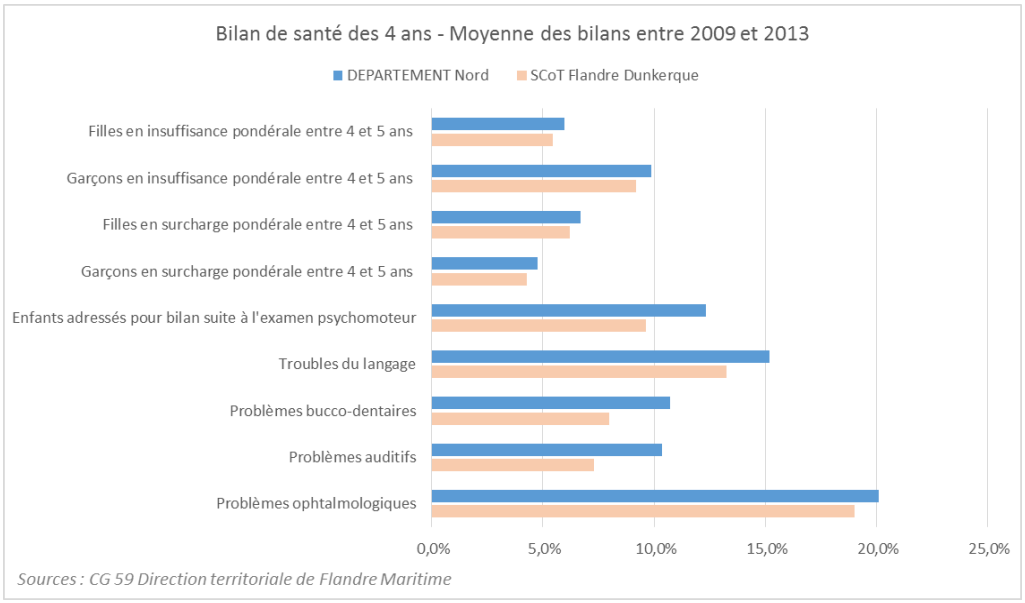


La part des enfants de 8 jours allaités est inférieure à celle observée sur le département, mais pour autant les durées d'allaitement sont similaires.
A noter le rôle reconnu de l'allaitement sur la prévention des allergies ou des déséquilibres alimentaires.

1.1.4. LES ENFANTS DE 4 ANS EN RELATIVE BONNE SANTE SUR LE SCOT



Globalement, les jeunes enfants apparaissent en bonne santé au regard du bilan des 4 ans réalisé par les services du Conseil Général du Nord, qui couvre entre 80 et 90% des enfants de cette tranche d'âge.



Comparé à ce qui est observé à l'échelle du département du Nord, la santé des enfants de 4 ans du Dunkerquois apparait plutôt bonne.

1.1.5. LA QUALITE DE L'AIR ET LA SANTE DES ENFANTS, UNE SPECIFICITE DU BASSIN DUNKERQUOIS

De manière à évaluer et à quantifier les effets de la pollution atmosphérique sur la santé, le Secrétariat Permanent pour la Prévention des Pollutions Industrielles (SPPPI) et OPAL'AIR (association pour l'environnement et la qualité de l'air) avaient demandé à l'Association pour la Prévention de la Pollution Atmosphérique (APPA) et à l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) de réaliser une enquête auprès de 1 000 personnes diversement exposées à la pollution atmosphérique (réparties sur 3 secteurs de Dunkerque et Calais).

L'enquête a été menée en 1992 sur des enfants âgés de 10 et 11 ans. L'étude comportait 2 parties, l'une transversale qui visait à étudier la prévalence des symptômes respiratoires et la fonction ventilatoire de 1 000 enfants vivant dans des secteurs de niveaux de pollution contrastés, et l'autre longitudinale, visant à évaluer l'effet à court terme des pointes de pollution (SO2 ou dioxyde de souffre et particules) sur la fonction ventilatoire d'un sous-groupe d'environ 200 enfants (100 avec symptômes respiratoires et 100 n'en présentant aucun).

Les résultats de l'étude de prévalence montrent que, sur le plan des symptômes, la toux chronique et surtout la sinusite sont plus fréquentes dans les secteurs les plus pollués, par contre, il n'y a pas de différence pour l'asthme.
La fonction respiratoire est légèrement perturbée chez les enfants résidant dans le secteur le plus pollué. Cette perturbation est liée aux concentrations moyennes annuelles de SO2 du quartier où est scolarisé l'enfant.

L'étude des effets à court terme de la pollution atmosphérique sur la fonction ventilatoire (étude des variations du débit de pointe) montre un effet négatif du SO2 et des particules sur le débit de pointe, uniquement chez les enfants avec symptômes.

Les auteurs de ce travail font remarquer, en conclusion, qu'aucune pathologie grave susceptible d'être rapportée à la pollution atmosphérique n'a été décelée chez les enfants étudiés. Ils s'interrogent cependant sur les conséquences réelles des perturbations qui ont été observées chez les enfants fragiles et sur l'importance qu'elles auront dans l'avenir.

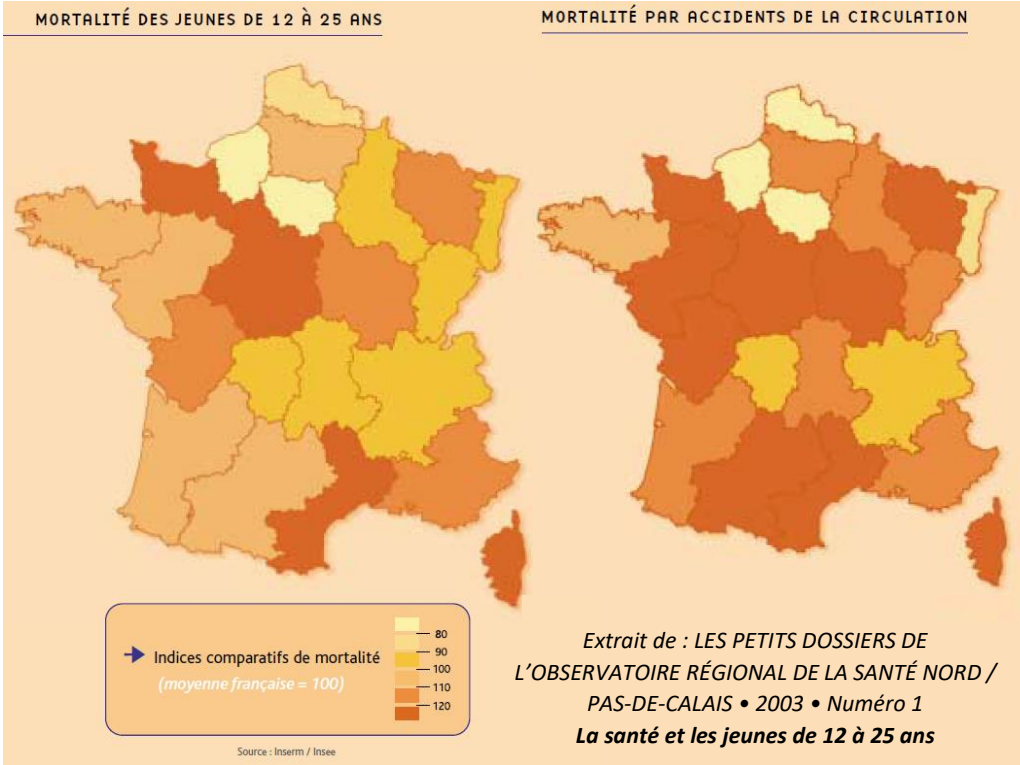
(sources : ORS 2003 Santé et environnement : Une exploration des enjeux sur le territoire de la Communauté Urbaine de Dunkerque / Etude épidémiologique des relations entre pollution atmosphérique et santé respiratoire des enfants sur le littoral Calais-Dunkerque -1994 - Inist-CNRS).

A noter que le dioxyde de souffre est émis de façon spécifique sur la communauté urbaine de Dunkerque par rapports aux émissions régionales principalement du fait de l'industrie métallurgique. Pour autant, une diminution significative des concentrations est observée sur le territoire depuis 1979. Cette diminution s'explique par une stricte application de la réglementation appliquée aux industriels et au maritime (Sulphur Emission Control Areas).

Si l'objectif de qualité à long terme d'une concentration moyenne annuelle en SO2 de 50 µg/m3 est atteint en 2013 sur le territoire de la CUD, certains secteurs, à proximité des sites émetteurs, méritent une attention particulière du fait de la présence des personnes sensibles (enfants, personnes âgées).
(Source : volet AIR du PACET de la CUD 2015-2020).

1.1.6. DES JEUNES DE 12 A 25 ANS EN MEILLEURE SANTE DANS LE NORD QU'AILLEURS EN FRANCE

Globalement, la santé des jeunes de 12 à 25 ans est bonne. Ainsi, ils sont en bien meilleure santé que les adultes. En effet, ils ne sont pas atteints par des problèmes de santé liés à des comportements néfastes dont les effets n'apparaissent qu'après plusieurs années.



Leurs comportements apparaissent relativement favorables à un bon état de santé.

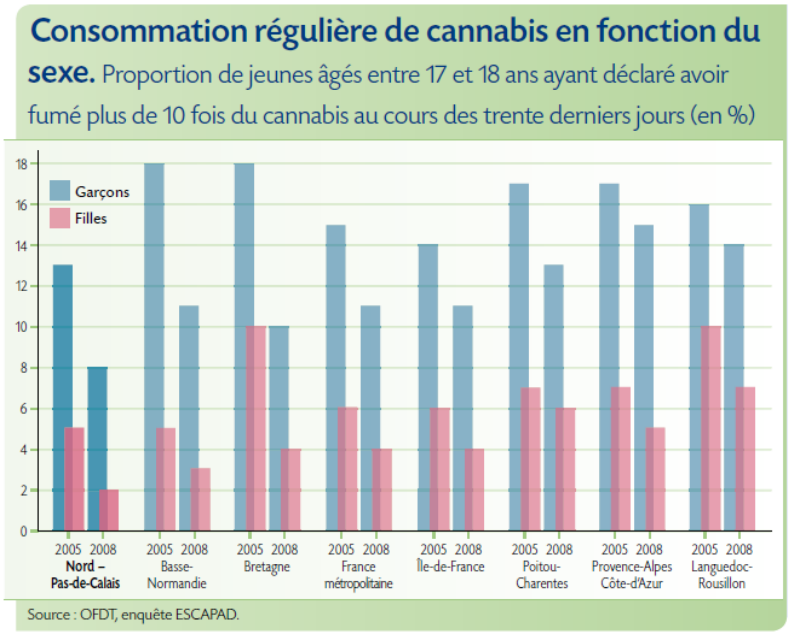
Enfance - Jeunesse : Conduite à risques

	Situation en 2008	Situation en 2011	Situation en 2008	Situation en 2011
	Nord-Pas-de-Calais		France métropolitaine	
Consommation tabac, alcool, cannabis à 17 ans en % : garçons				
Tabac quotidien en % (au moins une cigarette par jour)	30	33	30	33
Alcool régulier en % (au moins dix usages dans le mois)	8	11	14	15
Cannabis régulier en% (au moins dix usages dans le mois)	11	8	11	10
Consommation tabac, alcool, cannabis à 17 ans en % : filles				
Tabac quotidien en% (au moins une cigarette par jour)	27	28	28	30
Alcool régulier en % (au moins dix usages dans le mois)	2	4	4	6
Cannabis régulier en % (au moins dix usages dans le mois)	2	3	4	3
Taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG) chez les mineures en 2012 en %	8,1	12,7	-	9,9

Sources : DREES (SAE, PMSI), INSEE RP2008 - RP2011 exploitation complémentaire, Elp 2009 - 2013, INSERM-CePdc, OFDT Enquête Escapad, Erasme (CNAM-TS)

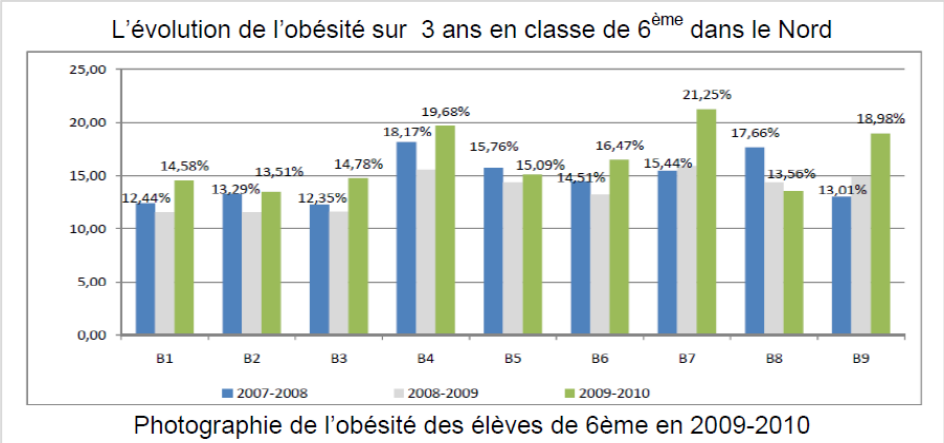
Globalement, les consommations de produits à risque par les jeunes dans le Nord-Pas-de-Calais apparaissent proches de celles observées à l'échelle de la France métropolitaine et ne semblent pas être en augmentation.

En 2011, il y a même moins de jeunes consommateurs réguliers d'alcool en Région (-4% de garçons et -2% de filles) mais si ce chiffre est à relativiser du fait de l'augmentation constatée entre 2008 et 2001. Concernant la consommation régulière de cannabis, la situation est meilleure en Région qu'à l'échelle nationale et a diminué de façon significative entre 2005 et 2011.



1.1.7. MALGRE TOUT, LA SURCHARGE PONDERALE EST ASSEZ REPANDUE

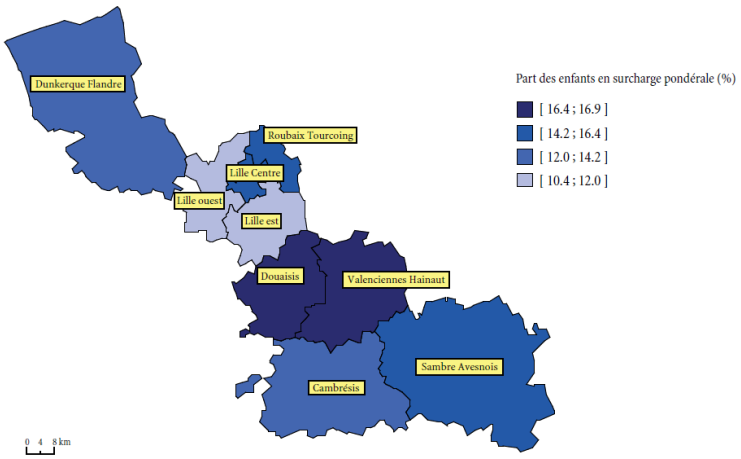
Concernant le surpoids et l'obésité, différentes sources indiquent que la situation est particulièrement préoccupante dans la région Nord-Pas-de-Calais, tant chez les adultes que chez les enfants.
Cependant, les statistiques sont variables selon les territoires.



Source Service infirmier Rectorat de Lille, mai 2011
Bassin 1- Lille Centre, B2- Lille Ouest, B3- Lille Est, B4- Roubaix-Tourcoing, B5- Dunkerque, B6-Douai, B7- Valenciennes, B8- Sambre-Avesnois, B9- Cambrai

Selon les statistiques du rectorat de Lille, pour les élèves de 6ième en 2009-2010, 15,% des élèves du bassin de Dunkerque (bassin de l'éducation nationale comprenant le territoire du SCoT Flandre Dunkerque et la Flandre intérieure) présentent une obésité (Indice de Masse Corporel ≥ 30 kg/m).

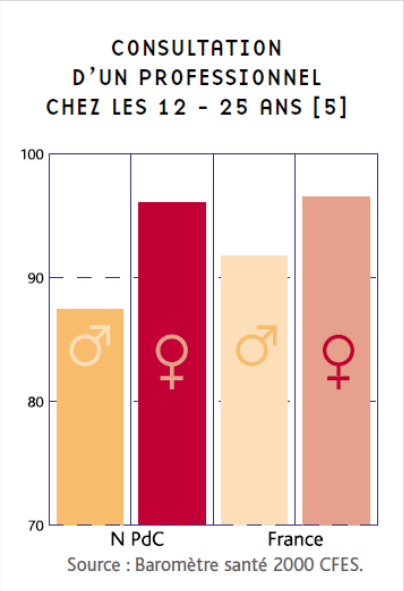
Part des enfants en surcharge pondérale dans les bassins d'éducation du Nord en 2007-2008

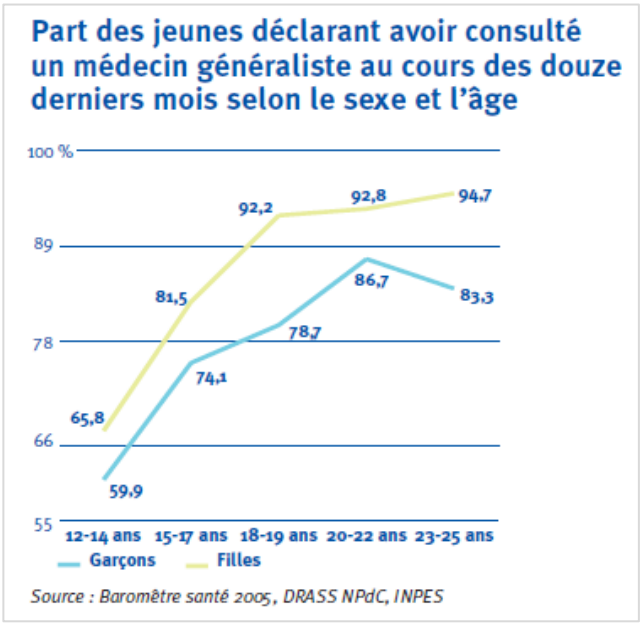


Source : Inspection Académique du Nord – Exploitation DRASS Nord-Pas-de-Calais

1.1.8. LES JEUNES CONSULTENT PEU LEUR MEDECIN GENERALISTE

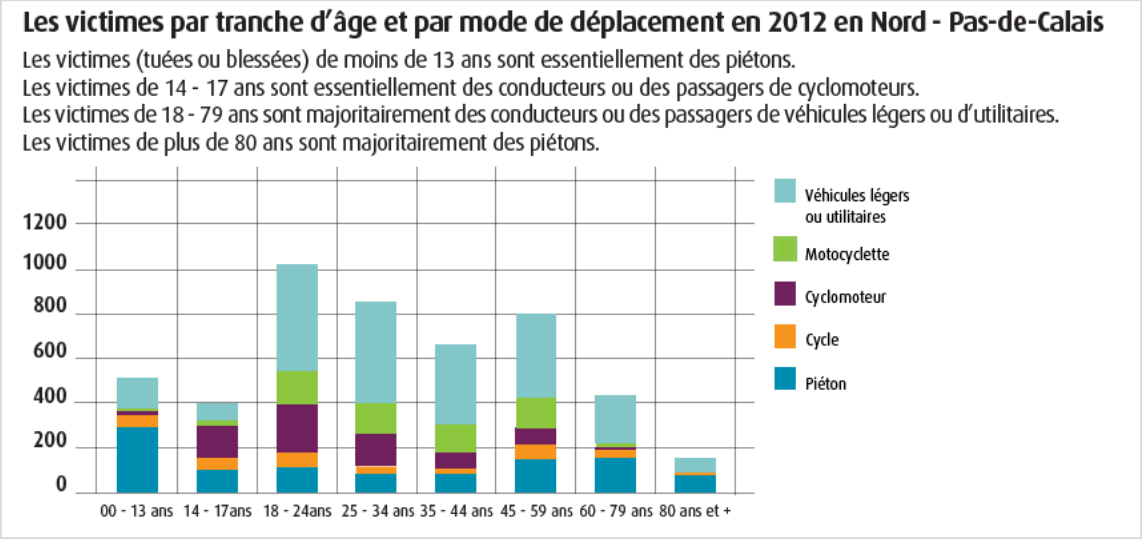
Comme à l'échelle nationale, les jeunes consultent moins souvent un professionnel de santé. Et lorsqu'il en consulte un, c'est le plus souvent un médecin généraliste.





1.1.9. LES ACCIDENTS DE LA CIRCULATION, PREMIERE CAUSE DE MORTALITE CHEZ LES 18 -25 ANS

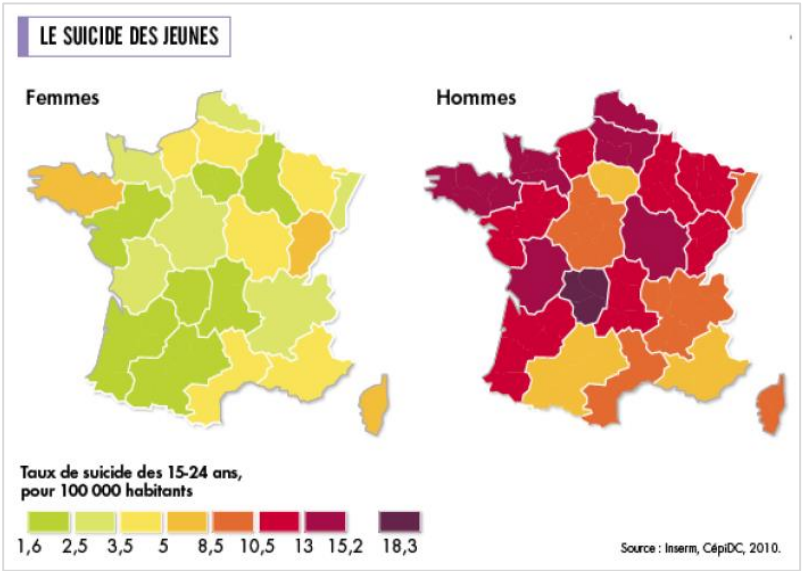
Les accidents, surtout ceux de la circulation, constituent en France, depuis 1950, le premier risque pour les 18-25 ans, pour les garçons particulièrement.
Ainsi, dans le département du Nord, de 2004 à 2008, il y a eu 138 tués chez les 18-24 ans dans les accidents de la route, soit 22,9% des tués. Pour cette classe d'âge, la proportion de tués est le double de celle de la population. *(Source : Etude de l'accidentologie des jeunes liée aux établissements de nuit, département du Nord – Cete Nord Picardie).*



Ces chiffres sont confirmés à l'échelle régionale (Source : Bilan de l'accidentologie en 2012 - DREAL Nord Pas de calais).

1.1.10. LE SUICIDE, SECONDE CAUSE DE MORTALITE CHEZ LES JEUNES

En 2012, à l'échelle nationale, le suicide a été la cause de 16,4% des décès chez les 15-24 ans.
Entre 2002 et 2011, dans le Nord - Pas-de-Calais, 50 suicides par an en moyenne sont enregistrés chez les 10-24 ans. Chez les 15-24 ans, le suicide représente 21% des décès (23% des décès masculins et 16% des décès féminins). On voit donc bien que la Région est particulièrement touchée par le suicide des jeunes.

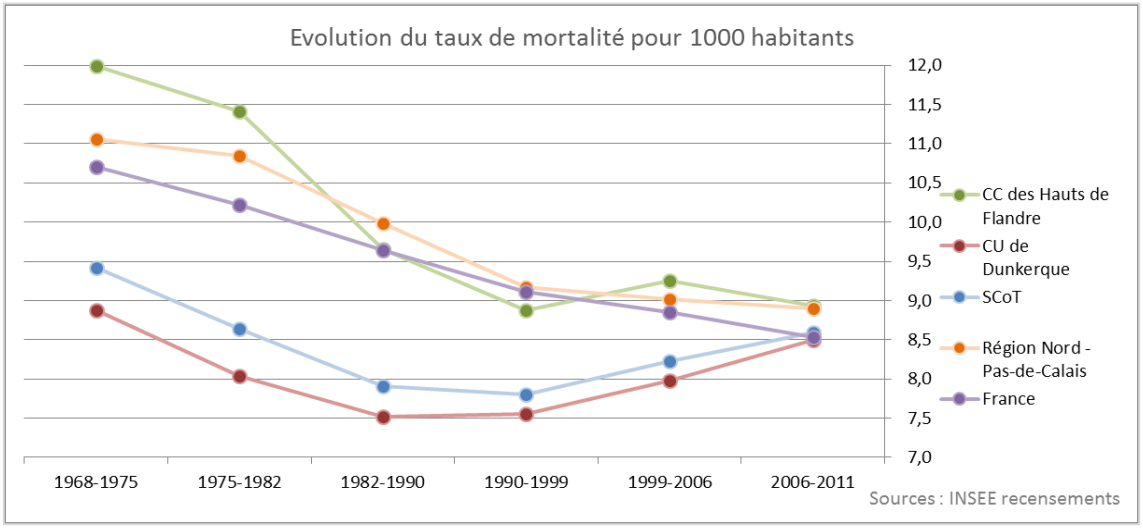


CONCLUSION SUR LA SANTE DES ENFANTS ET DES JEUNES

De manière générale, il apparait que la santé des enfants est bonne, voire s'est améliorée depuis 15 ans.
Les indicateurs de santé des jeunes sont également bons, même si des efforts restent à fournir afin de limiter les conduites addictives (tabac, alcool, etc), lutter contre l'obésité, favoriser le recours aux soins et accompagner vers une meilleure prise en charge de la santé mentale.

1.2. LA SANTE DES ADULTES

1.2.1. UN TAUX DE MORTALITE QUI AUGMENTE DEPUIS LES ANNEES 1990



Jusqu'aux années 1990, le taux de mortalité a suivi l'évolution du territoire national, avec malgré tout, un taux plus faible, essentiellement lié à une population plus jeune sur le territoire de la Communauté Urbaine de Dunkerque qu'au niveau national.

Depuis les années 1990, ce taux tend à se rapprocher du niveau national.
Si on peut supposer que le vieillissement de la population sur le territoire accentue ce phénomène, il semble qu'il ne peut à lui seul l'expliquer.

	Taux de mortalité annuel (pour 1000)	
	1990 - 1999	1999 - 2010
France	9,2	8,7
Nord - Pas-de-Calais	9,2	9,0
Nord	8,9	8,6
Pas-de-Calais	9,6	9,6
SCOT	7,8	8,3
CUD	7,6	8,1
CCHF	9,2	9,1

Sources : INSEE RP 1999 et RP 2010 exploitations principales – État civil. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

1.2.2. UNE ESPERANCE DE VIE[1] QUI AUGMENTE MAIS QUI RESTE INFERIEURE A CELLE OBSERVEE EN FRANCE

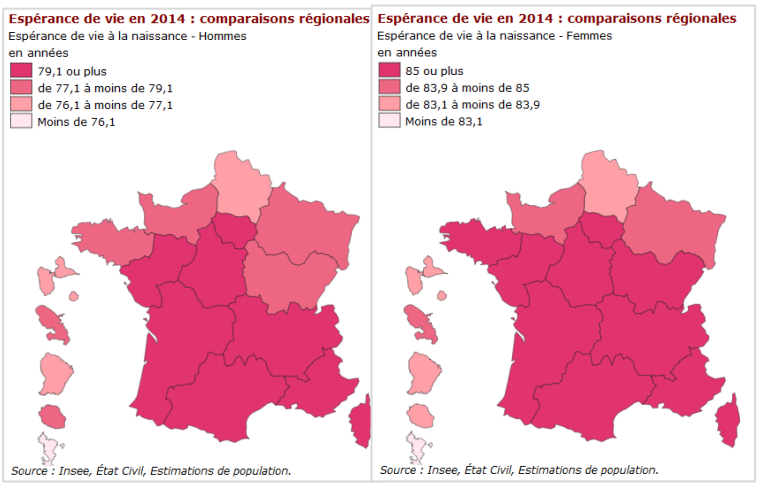
Avec une espérance de vie supérieure à 80 ans, la France se situe parmi les pays d'Europe où cet indicateur est le plus élevé, au même titre que l'Espagne, l'Italie, la Suède, le Luxembourg.
En 2014, les Hauts de France est la Région de France métropolitaine où l'espérance de vie est la plus faible, mais également celle où les écarts entre hommes et femmes sont les plus importants.

[1] L'espérance de vie à la naissance représente la durée de vie moyenne - ou l'âge moyen au décès - d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année. Elle caractérise la mortalité indépendamment de la structure par âge.

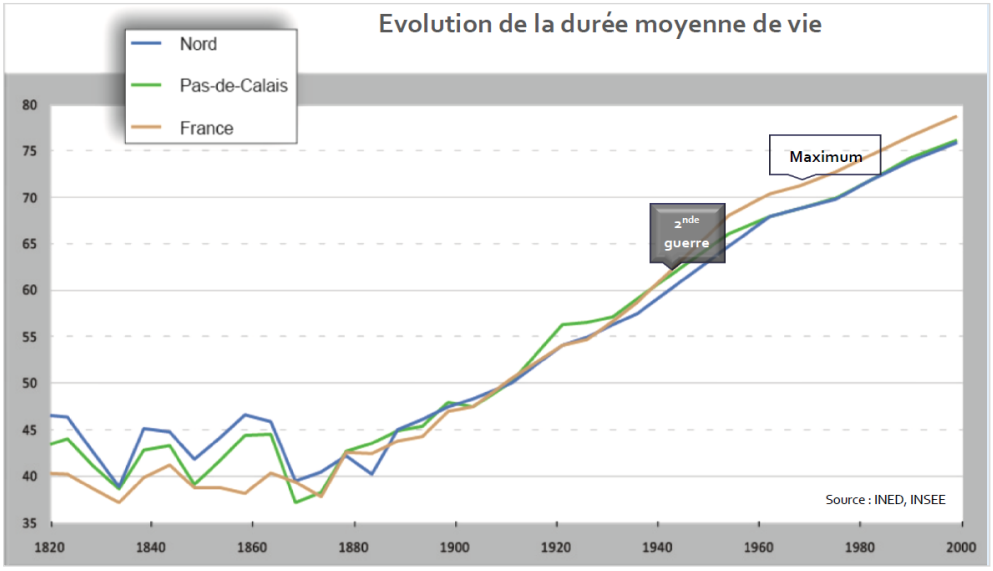
Alors qu'en France, l'espérance de vie à la naissance pour un homme est de 79,3 ans et pour une femme de 85,4 ans, elle est estimée, dans le Nord-Pas-de-Calais, à 76,9 ans pour les hommes et 83,6 ans pour les femmes.

La population régionale vit donc, en moyenne, moins longtemps que l'ensemble de la population de France métropolitaine. L'écart par rapport à la France est plus marqué chez les hommes que chez les femmes (respectivement 2,4 et 1,8 ans).

A l'échelle du département du Nord, la situation est la même puisque les chiffres d'espérance de vie, en 2014, sont identiques à ceux de la région des Hauts de France.



Cette différence n'est pas nouvelle, elle est observée depuis la fin de l'après guerre.



1.2.3. UNE MORTALITE SUPERIEURE DE 27% SUR LA CUD PAR RAPPORT A LA POPULATION FRANÇAISE

Si on regarde l'indice comparatif de mortalité[2] (ICM), de 2008 à 2010, on constate une mortalité supérieure de 24 % dans le Nord-Pas-de-Calais par rapport à la mortalité nationale.

Elle est supérieure de 27 % pour la population de la CUD.

Indice Comparé de Mortalité (ICM) Toutes Causes - Les deux sexes confondus de 2008 à 2011	
France	100
Nord - Pas-de-Calais	123
Nord	121
Pas-de-Calais	127
SCOT	127
CUD	127
CCHF	127

Source : INSEE - Recensement de la population, INSERM-CépiDc. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais

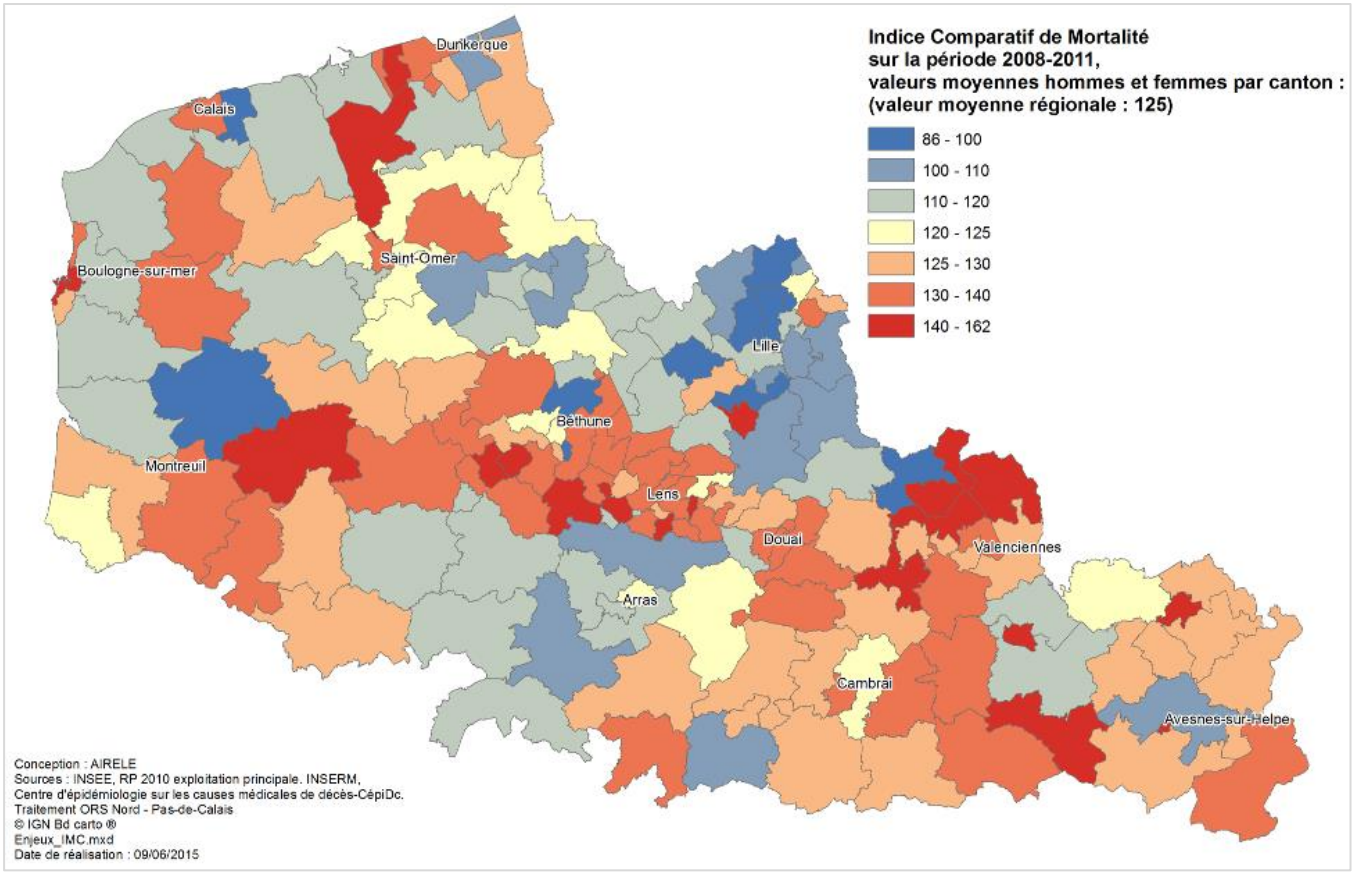
Les chiffres sont encore plus élevés pour la mortalité avant 65 ans.

Pour la population de la CUD, la mortalité prématurée (avant 65 ans) est 44% supérieure à la mortalité des moins de 65 ans de la population nationale.

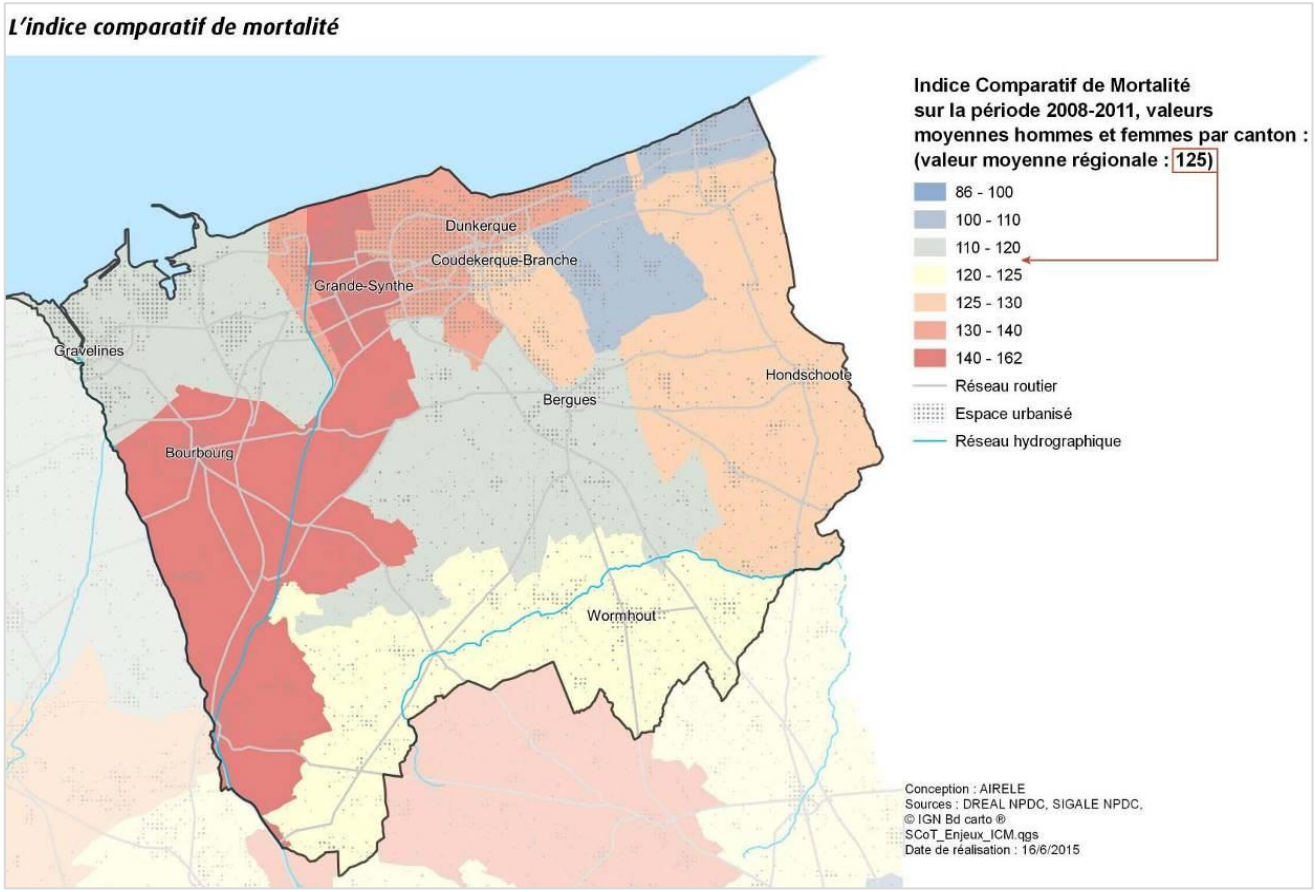
Indice Comparé de Mortalité (ICM) Prématurée (avant 65 ans) de 2008 à 2011 Toutes Causes - Les deux sexes confondus	
France	100
Nord - Pas-de-Calais	136
Nord	132
Pas-de-Calais	142
SCOT	136
CUD	144
CCHF	109

Source : INSEE - Recensement de la population, INSERM-CépiDc. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais

[2] **L'indice comparatif de mortalité ICM** est le rapport entre le nombre de décès et le nombre de décès « attendus » dans la population observée si celle-ci avait les mêmes taux de décès par tranche d'âge qu'une population de référence.Ici, un ICM supérieur à 100 traduit un excédent de mortalité indépendamment de la structure par âge, par rapport à la mortalité de la population française.


Indice Comparatif de Mortalité
sur la période 2008-2011,
valeurs moyennes hommes et femmes par canton :
(valeur moyenne régionale : 125)
86 - 100
100 - 110
110 - 120
120 - 125
125 - 130
130 - 140
140 - 162
Dunkerque
Calais
Boulogne-sur-mer
Saint-Omer
Lille
Béthune
Montreuil
Lens
Douai
Valenciennes
Arras
Cambrai
Avesnes-sur-Helpe
Conception : AIRELE
Sources : INSEE, RP 2010 exploitation principale. INSERM,
Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès-CépiDc.
Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais
© IGN Bd carto ®
Enjeux_IMC.mxd
Date de réalisation : 09/06/2015

1.2.4. UN INDICE COMPARATIF DE MORTALITE (ICM) VARIABLE SELON LES TERRITOIRES



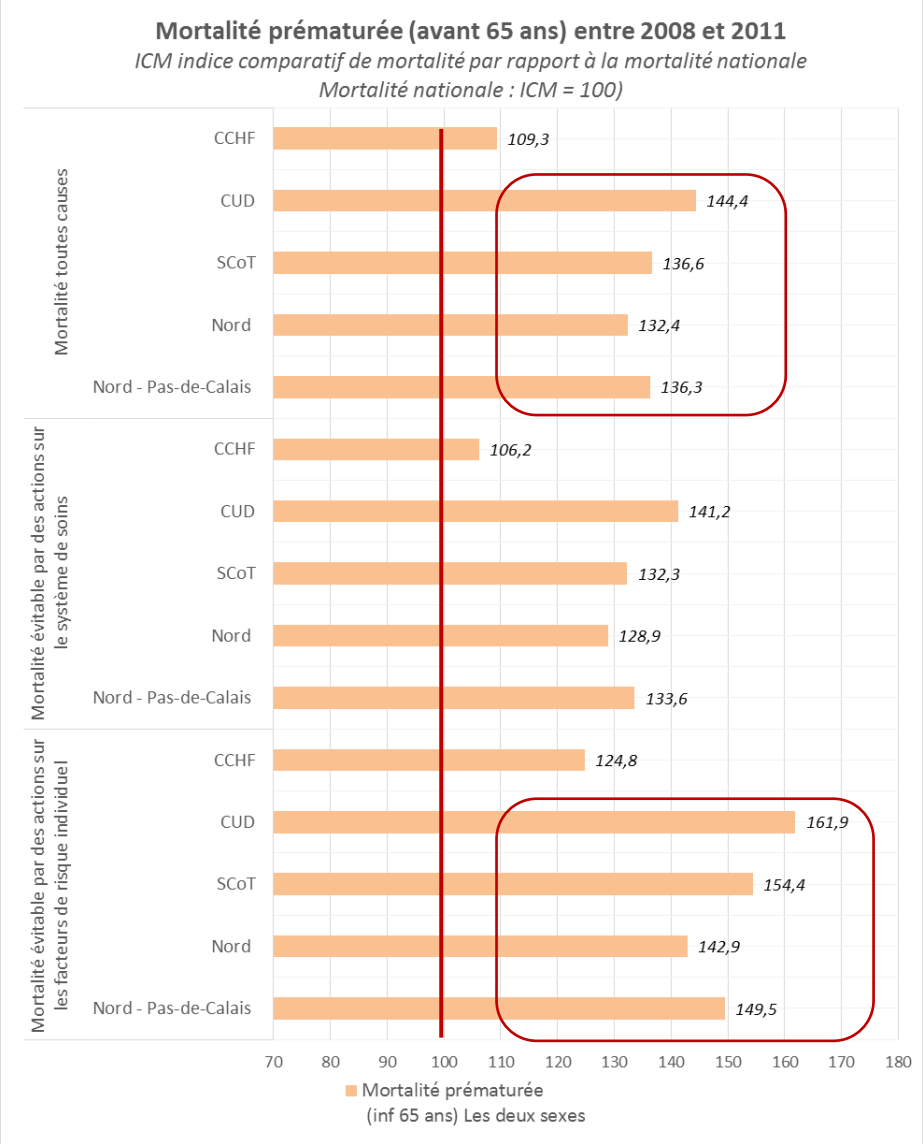
Cette carte illustre que l'ICM est plus marqué dans certaines communes.
Le rapprochement de cette constatation avec la situation socio-économique des habitants de ces communes laisse apparaitre un lien, auquel il faut sans doute ajouter l'incidence des facteurs environnementaux de santé sur les territoires les plus urbains et ceux proches des industries.

1.2.5. UNE MORTALITE PREMATUREE (AVANT 65 ANS) IMPORTANTE : DES COMPORTEMENTS INDIVIDUELS QUI ACCENTUENT LE PHENOMENE ET UN SYSTEME DE SOINS A AMELIORER ?

A l'échelle de la Région Nord-Pas de-Calais et du département du Nord, la mortalité prématurée (avant 65 ans), est importante avec un indice comparé de mortalité ICM supérieur à 100.

Or, sur le territoire de la CUD l'ICM prématurée est bien supérieur, avec un chiffre de 144 pour la mortalité prématurée, toutes causes confondues.

Si on regarde les chiffres de la mortalité prématurée évitable : les chiffres de la mortalité évitable par des actions sur le système de soins sont légèrement supérieurs à ce que l'on observe à l'échelle de la Région (Région 133, CUD 141). Par contre pour ce qui est de **la mortalité prématurée évitable par des actions sur les facteurs de risques individuels, la situation à l'échelle de la CUD est particulièrement préoccupante, avec un ICM de 161.**

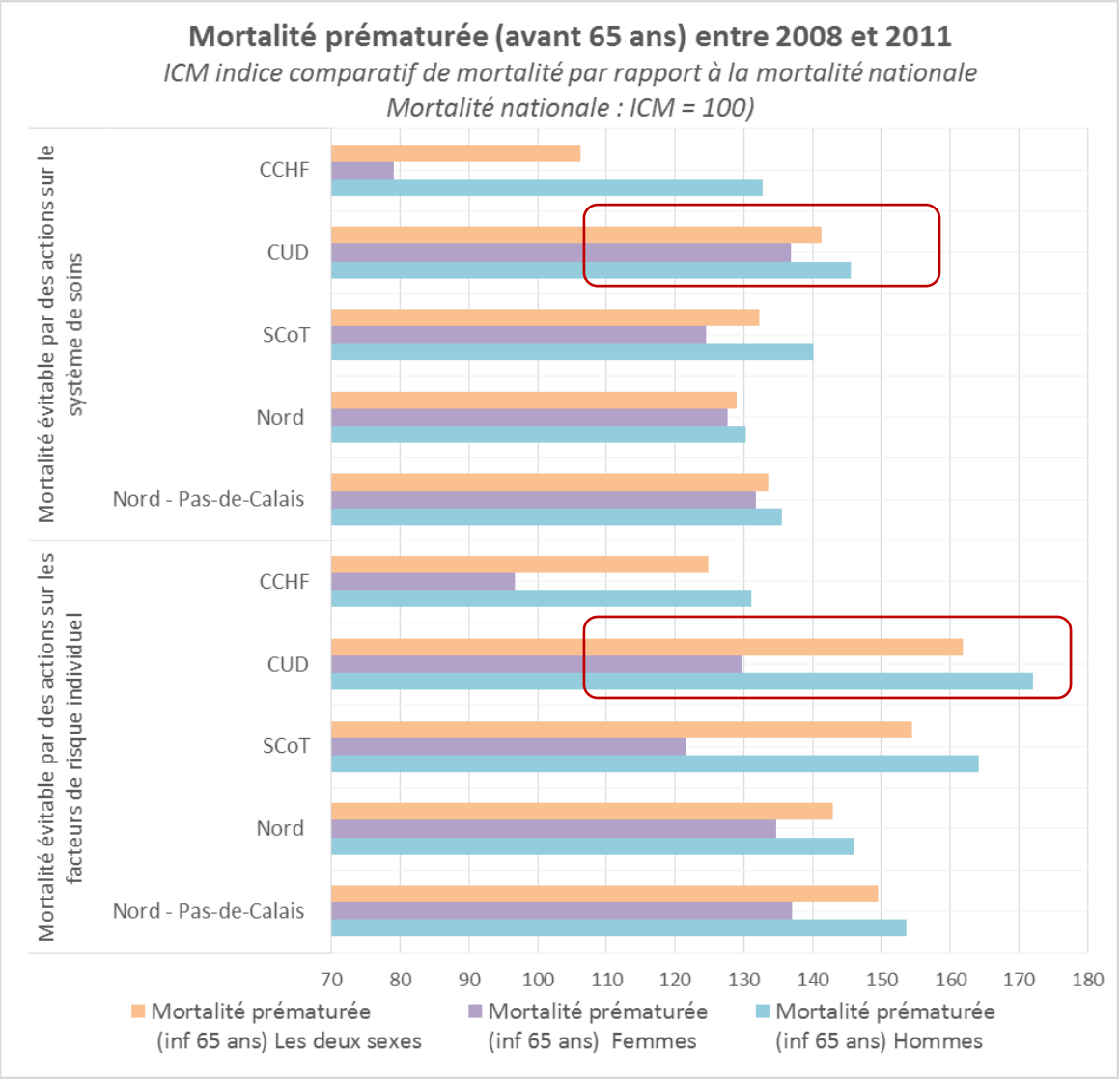


DEFINITION

Mortalité prématurée évitable :
Certaines causes de décès à l'origine de la mortalité prématurée peuvent être considérées comme "évitables", c'est-à-dire qu'en l'état actuel des connaissances médicales et compte-tenu des capacités de prise en charge du système de soins français, elles ne devraient pas entraîner de décès avant 65 ans.

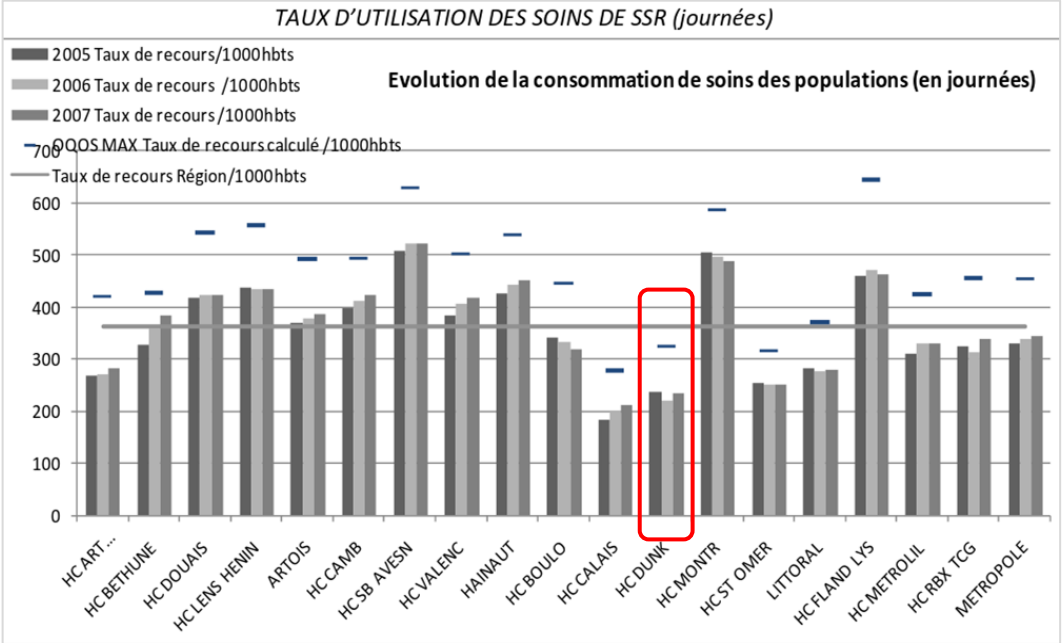
Les décès "évitables" peuvent se subdiviser en deux groupes selon les modalités d'actions capables d'en diminuer la fréquence :

- Le premier groupe distingue les décès qui pourraient être évités essentiellement par **une action sur les facteurs de risques individuels**, par exemple décès par cancer du poumon ou accident de la circulation.
- Le second groupe comprend les décès évitables principalement **grâce à une meilleure prise en charge par le système de soins** (y compris dans le cadre d'actions de dépistage).



A noter que les chiffres de la mortalité évitable, par des actions sur les facteurs de risques individuels, sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes.

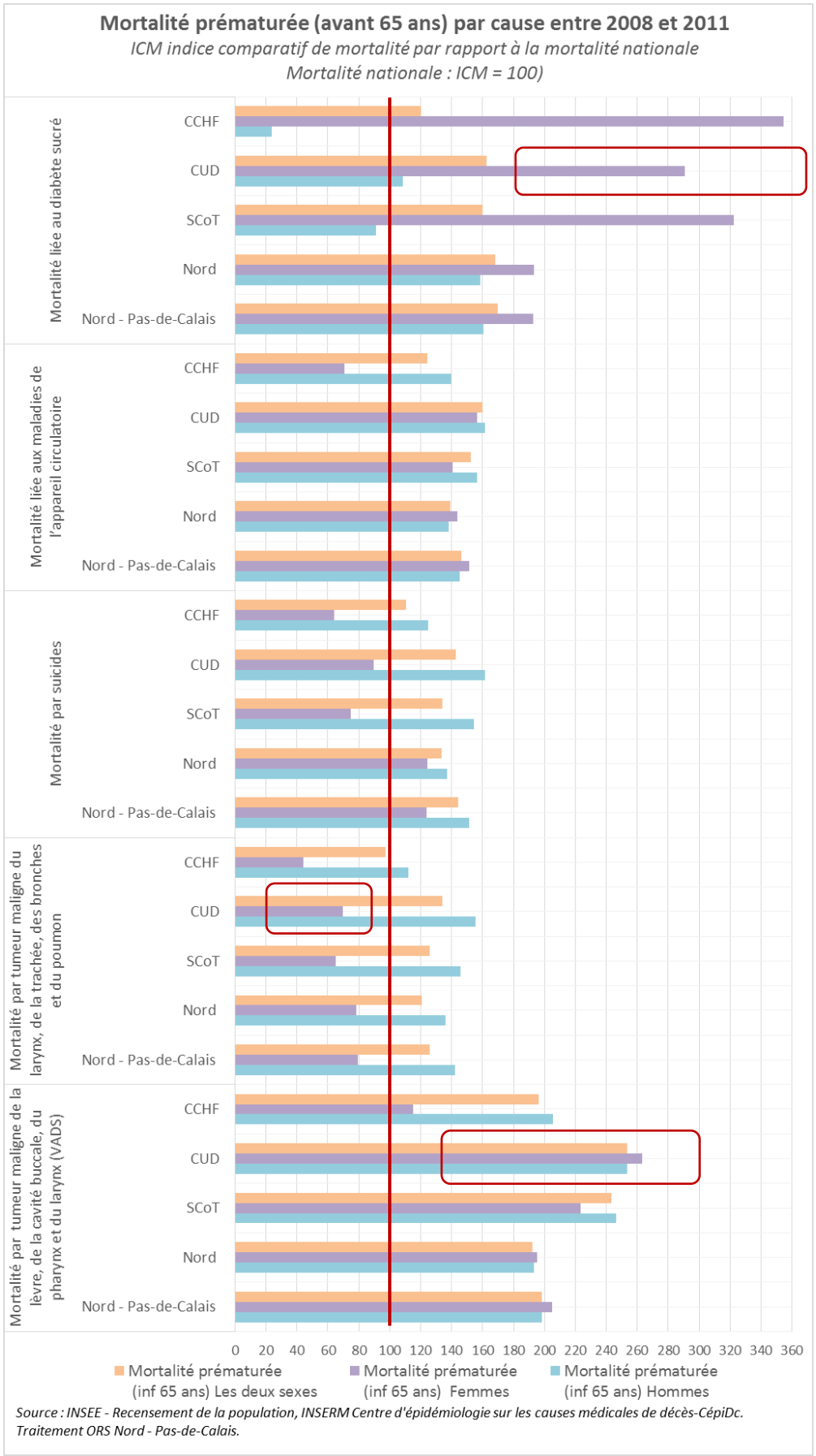
L'étude « Aménagement des territoires de santé du Nord-Pas-de-Calais » menée par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation du Nord-Pas-de-Calais, en mai 2009, montre que : « le niveau d'utilisation et de disponibilité des soins est différent selon les territoires. Certains surconsomment des soins (le Hainaut) et le sanitaire n'est plus toujours la bonne réponse aux problèmes de santé. **D'autres présentent des accès aux soins qui ne sont pas compensés par des fuites. La population ne se déplace pas pour satisfaire ses besoins de soins et développe un recours tardif aux soins ou une mortalité précoce élevée.** »



Au regard de ces chiffres et des analyses produites par l'ORS, deux éléments apparaissent.

- Tout d'abord, **la question de la prévention qui ne parait pas assez développée sur le territoire** et qui engendre un recours au soin potentiellement tardif et donc une mortalité prématurée importante qui aurait pu être évité une meilleure prise en charge par le système de soins.
- Ensuite, des **facteurs de risques individuels fortement présents sur le territoire** : alcoolisme, tabagisme, conduites dangereuses etc. qui engendrent une mortalité prématurée importante chez les hommes.

1.2.6. UNE MORTALITE PREMATUREE AUX CAUSES DIVERSES



Source : INSEE - Recensement de la population, INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès-CépiDc. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Si l'on regarde le détail des causes de mortalité prématurée, deux ressortent :

- La **mortalité prématurée liée au diabète sucré** extrêmement marquée chez les femmes,
- La **mortalité prématurée par tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale, du pharynx et du larynx** (VADS - voies aéro-digestives supérieures).

Parallèlement, on constate une **sous mortalité féminine par cancer broncho pulmonaire.** Selon l'ORS, (Etude Cancers, alcool et tabac dans le Nord pas de Calais / 2012) cela peut s'expliquer par un taux d'activité féminin moins élevé.

1.2.7. UNE MORTALITE PREMATUREE LIEE AU DIABETE SUCRE TRES MARQUEE CHEZ LES FEMMES

« Selon le dernier rapport de la Société Française du Diabète, la prévalence du diabète en France a augmenté de 5,9% par an sur 12 ans, suivant l'exacte progression de l'obésité. Le nombre de diabétiques est passé, en moins de 10 ans, de 1,6 million à 2,9 millions de personnes.
La région Nord-Pas-de-Calais comptait, en 2007, plus de 160.000 personnes diabétiques. Le taux de prévalence y est de 3,8%, alors que le taux national est de 3,06%. Ce taux est en constante évolution ; la région devrait ainsi compter 210.000 diabétiques en 2025. (SROS 2011-2016). »

Selon différentes études, l'activité physique, une alimentation saine, la perte de poids, le fait de ne pas fumer et la réduction du stress peuvent aider à retarder ou à prévenir l'apparition du diabète. La question de la prévention et de la promotion de la santé apparait donc ici comme primordiale.

1.2.8. UNE MORTALITE PREMATUREE PAR CANCER DES VOIES AERO-DIGESTIVES (VADS) IMPORTANTES

La région Nord-Pas-de-Calais est particulièrement touchée par la mortalité liée au cancer des VADS. Ainsi, si celle-ci a diminué de moitié entre 1990 et 2010, elle reste pourtant bien supérieure aux autres régions françaises.

Voici les points saillants présentés par l'étude « Cancers, alcools et tabacs dans le Nord pas de Calais - ORS – 2012 (données 2007) » :

- ✓ L'augmentation du risque de cancer par verre de boisson alcoolisée (10 g d'éthanol) / jour a été estimé à :
  - + 168 % pour le cancer de la bouche, du pharynx et du larynx,
  - + 28 % pour le cancer de l'œsophage,
  - + 10 % pour le cancer du sein,
  - + 9 % pour le cancer du côlon-rectum.
- ✓ Dans 81 % des cas, le cancer du poumon est imputable au tabac.
  Le tabac favorise également de façon significative de nombreux autres cancers : cavité buccale, cavité nasale, sinus, pharynx, larynx, œsophage, estomac, foie, pancréas, vessie, reins, col de l'utérus, et leucémie myéloïde.

Ainsi, deux localisations cancéreuses ressortent :

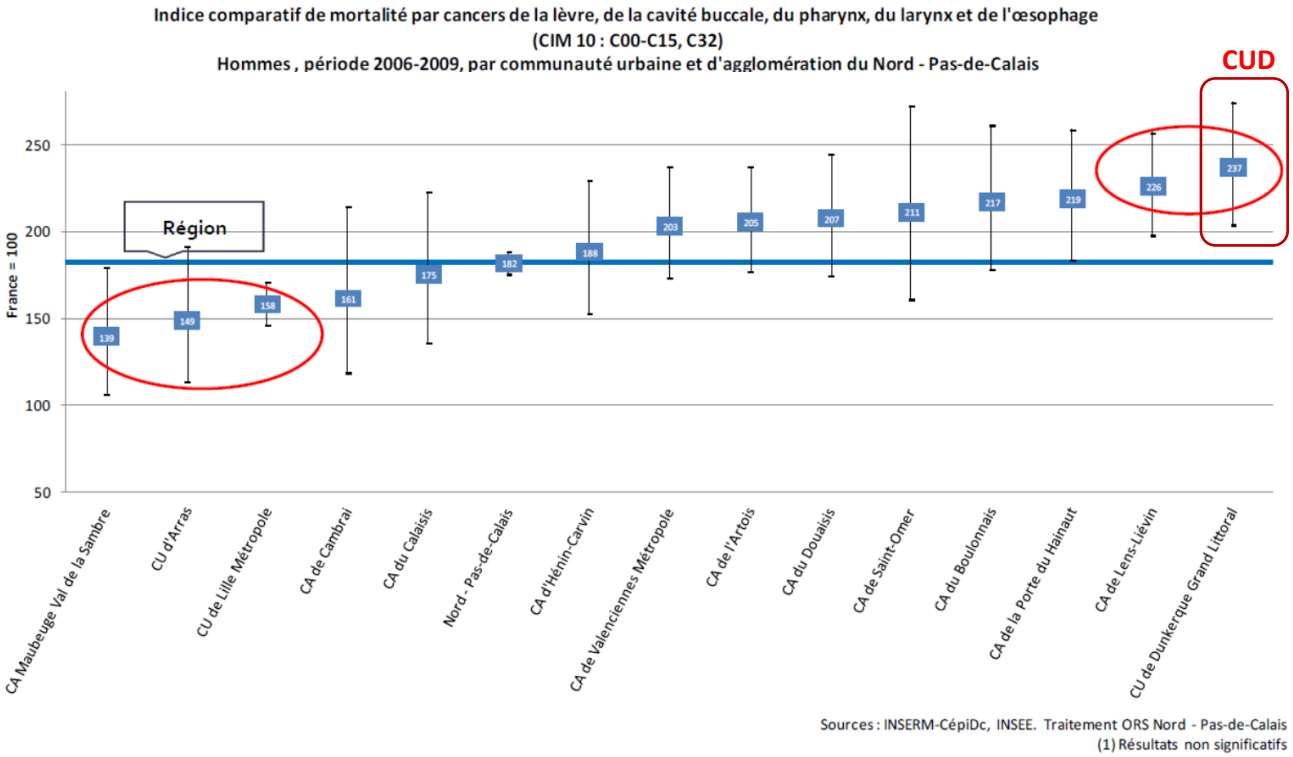
- ✓ le cancer du poumon (trachée bronche poumon (+/-) larynx) : indicateur le plus spécifique des effets du tabac sur la santé,
- ✓ le cancer des VADS (lèvre, cavité buccale, pharynx (+/-) larynx) + œsophage : imputable à l'alcool, au tabac et à l'association des deux.

Données 2005		*Cancer des VADS (lèvre, cavité buccale et pharynx, du larynx) et de l'œsophage*	*Cancer de la trachée des bronches et du poumon*
% des nouveaux cas incidents de cancers	Nord-Pas-de-Calais	10,3%	9,6%
	France métropolitaine	6,5%	9,6%
% des décès par cancers	Nord-Pas-de-Calais	9,3%	18,7%
	France métropolitaine	6,4%	18,5%
% des décès masculins par cancer	Nord-Pas-de-Calais	85%	85%
	France métropolitaine	84%	79%

Ainsi, alors que le cancer des VADS ne représente que 10 % des nouveaux cas de cancers, il est l'une des premières causes de mortalité pour les hommes.

La combinaison d'un **recours tardif aux soins, de facteurs de risques individuels importants, aggravés par une défaveur sociale** (professions et catégories socioprofessionnelles défavorisées en proportion plus élevées, taux de chômage plus élevé) et du **passé industriel et minier de la Région** (ancien bassin minier, Port de Dunkerque) peut expliquer ce constat.

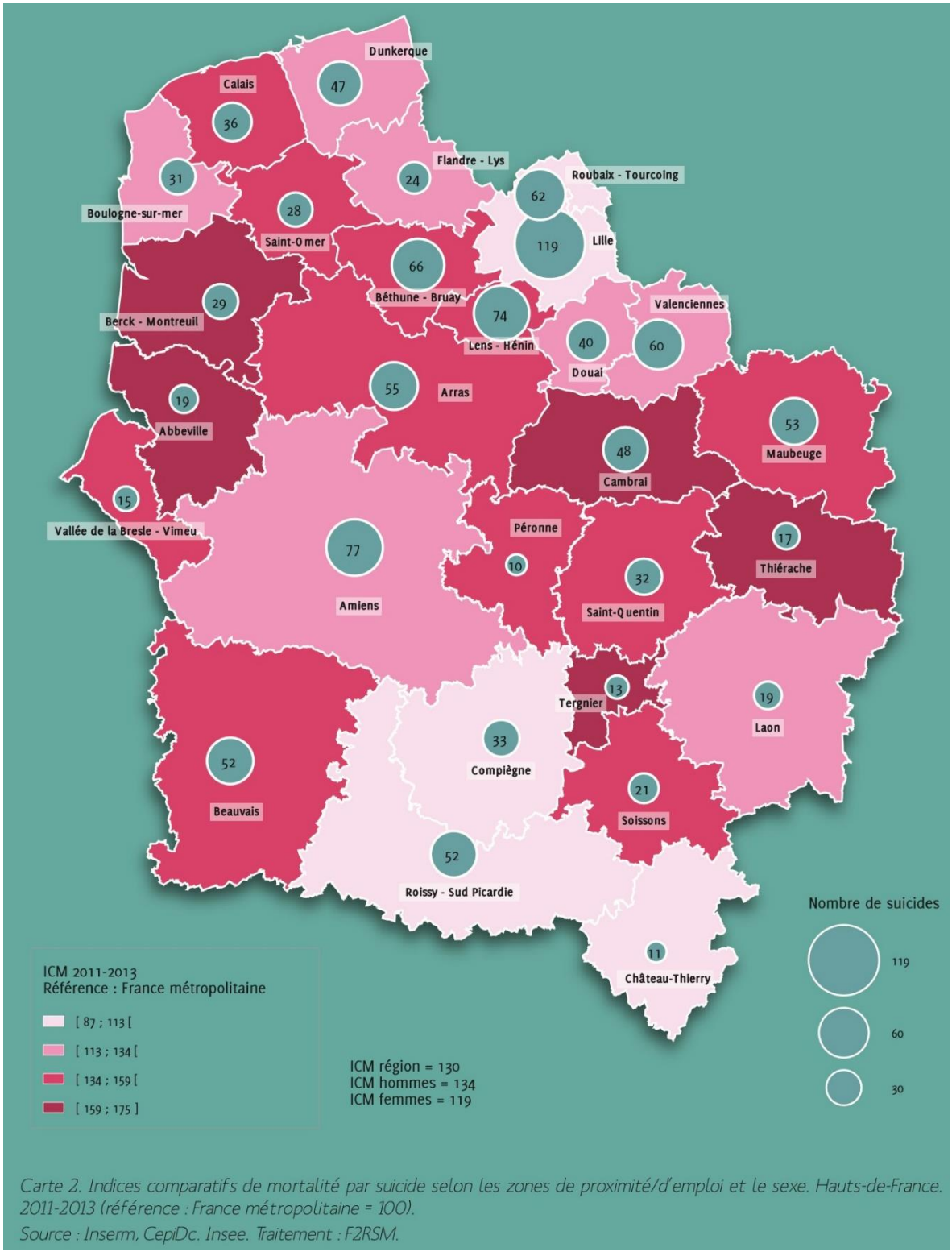
Notons que la Communauté Urbaine de Dunkerque apparait comme la plus touchée des communautés urbaines et communautés d'agglomération de la région Nord-Pas-de-Calais.



Sources : INSERM-CépiDc, INSEE. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais
(1) Résultats non significatifs

1.2.9. UNE SANTE PSYCHOLOGIQUE FRAGILE

En 2011, le Nord-Pas-de-Calais et la Picardie occupaient les 2 premiers rangs pour la morbidité suicidaire parmi les régions françaises métropolitaines.



Carte 2. Indices comparatifs de mortalité par suicide selon les zones de proximité/d'emploi et le sexe. Hauts-de-France. 2011-2013 (référence : France métropolitaine = 100).
Source : Inserm, CepiDc. Insee. Traitement : F2RSM.

La **zone de proximité de Dunkerque** (zonage de l'ARS qui correspond au territoire du SCoT) présentait pour la période 2011 – 2013, un indice comparé de mortalité (ICM) inférieur à celui constaté en région avec un ICM de 128.
Cependant, une particularité est à souligner avec un ICM supérieur pour les hommes avec 144 et beaucoup plus faible pour les femmes avec 89. Soit une mortalité par suicide 11% inférieure pour les femmes par rapport à la mortalité française. Et une mortalité par suicide 44% supérieur pour les hommes par rapport à la mortalité française

Pour les années 2011 à 2013, si en France les ¾ des décès par suicide sont des décès masculins, dans les Hauts de France c'est encore plus marqué avec un décès sur 5 enregistrés chez les hommes, la classe d'âge des 45 – 54 ans étant la plus touchée.



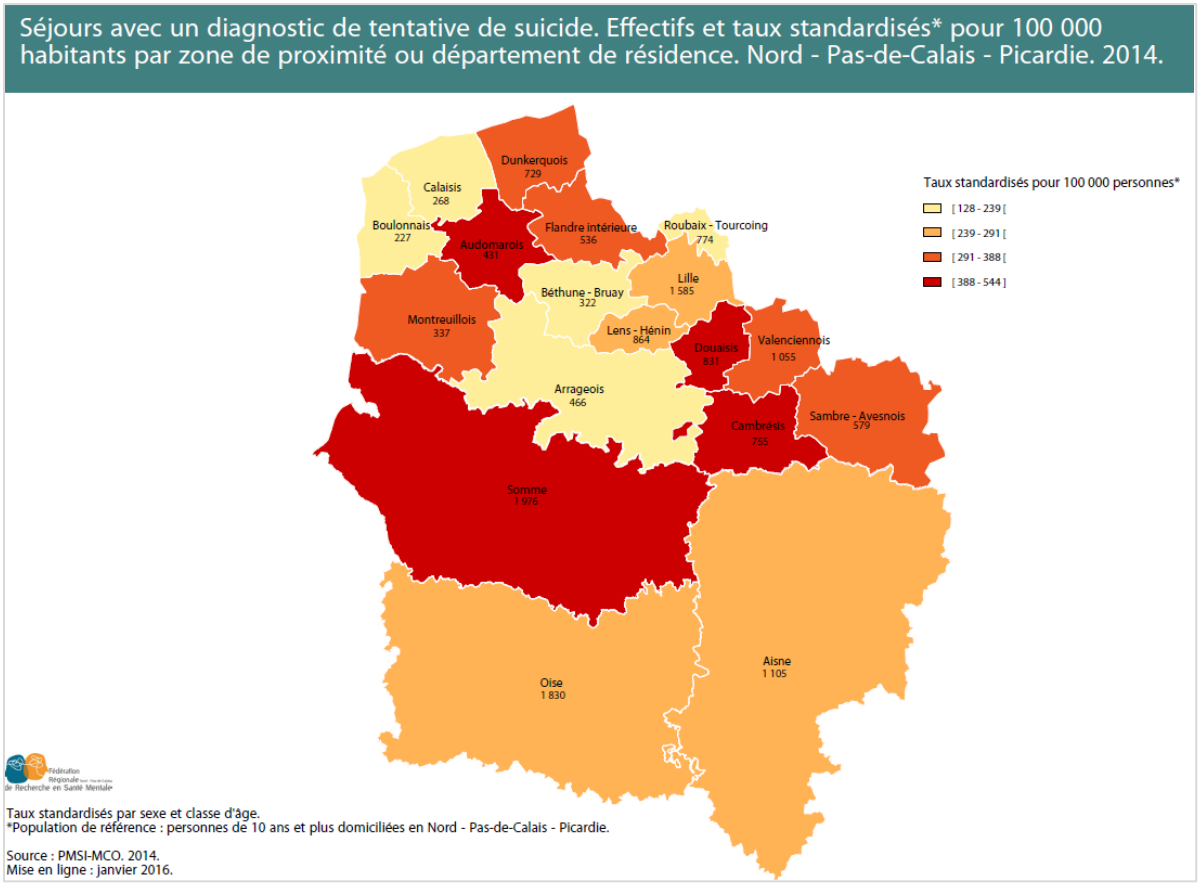
Figure 2. Décès par suicide. Effectif annuel moyen 2011-2013 et taux annuel moyen pour 100 000 habitants par âge et sexe. Hauts-de-France. Source : Inserm, CepiDc. Insee. Traitement : F2RSM.

En 2011, les taux standardisés (taux de suicide à population équivalente) d'hospitalisation pour tentative de suicide étaient les plus élevés en Nord-Pas-de-Calais et Picardie, chez les hommes (284 et 267 pour 100 000 habitants), comme chez les femmes (340 et 391).
En France métropolitaine, ces mêmes taux étaient de 146 pour les hommes et 217 pour les femmes.



Figure 1. Séjours hospitaliers pour tentative de suicide. Effectifs et taux pour 100 000 habitants, par âge et sexe. Hauts-de-France. 2015.
Source : Atih, PMSI - Traitements : F2RSM.

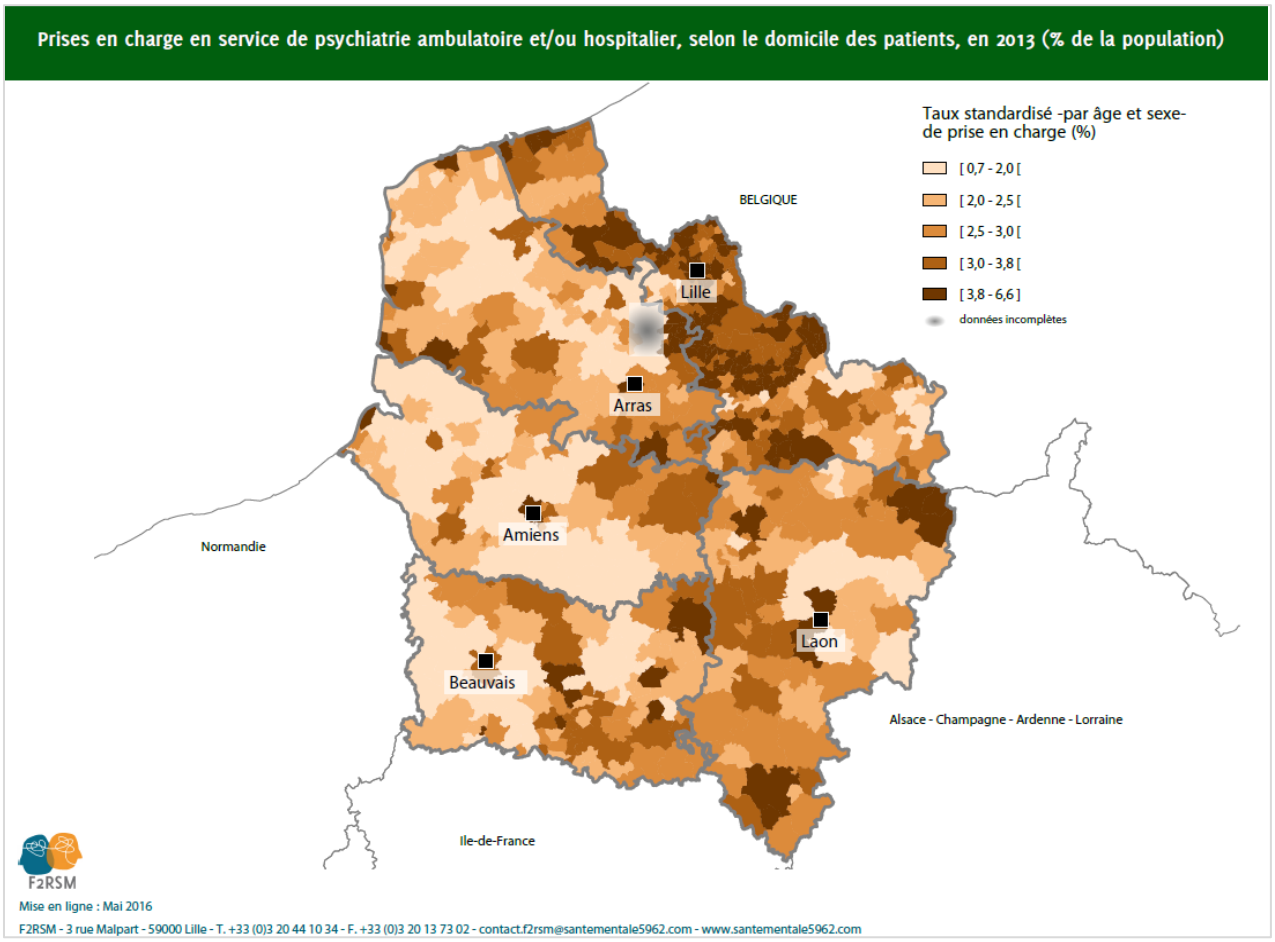
Entre 2011 et 2015, si globalement on assiste à une diminution des hospitalisations pour tentative de suicide, les hospitalisations des femmes sont toujours plus nombreuses que celles des hommes ; les taux les plus importants étant enregistrés chez les femmes de 15-24 ans.



Afin de prévenir les risques de récidive, un dispositif de re-contact post-hospitalier des personnes ayant fait une tentative de suicide nommé VigilanS a été mis en place.
De janvier 2015 à août 2016, plus de 4 000 patients dans 23 établissements du Nord et du Pas-de-Calais ont été accompagnés par VigilanS et environ 1 700 ont vu la veille clôturée après 6 mois ; plus de 400 crises suicidaires aigues ont été gérées.

1.2.10. UN BESOIN DE PRISE EN CHARGE EN SERVICE PSYCHIATRIQUE IMPORTANT

Le taux élevé de suicide est la démonstration d'une souffrance psychique importante sur le territoire.
Ainsi, les prises en charge en service psychiatrie ambulatoire et /ou hospitalier sont relativement importantes notamment sur la partie nord du territoire du SCoT.

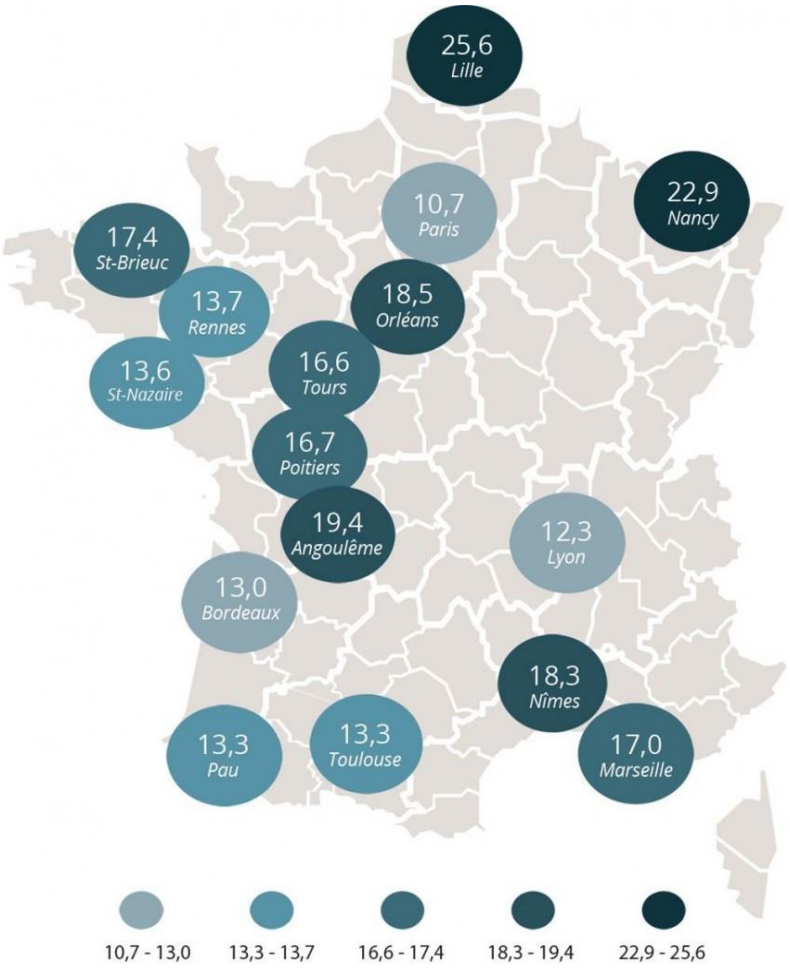


1.2.11. DANS LE NORD, UN HABITANT SUR 4 EST TOUCHE PAR L'OBESITE

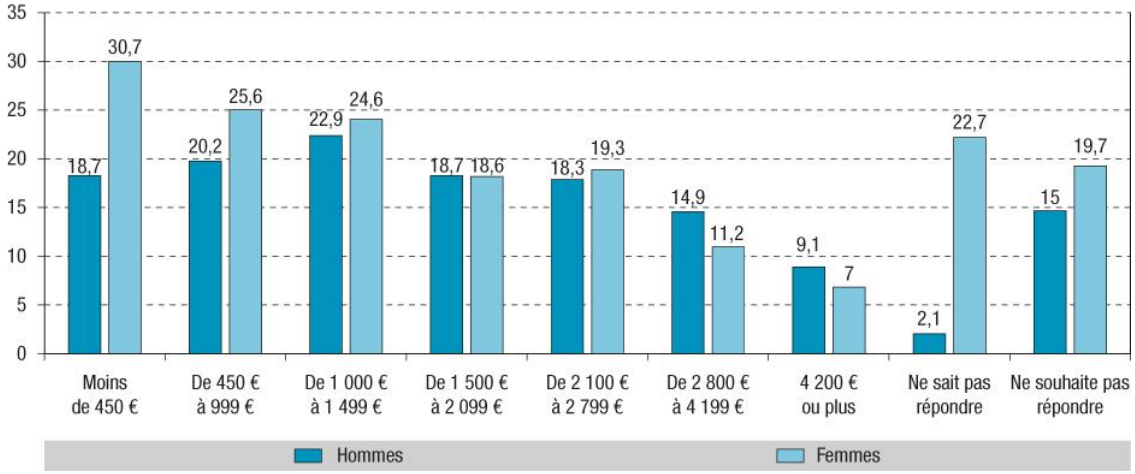
L'étude de cohorte « Constances », portée par l'Inserm et la Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (Cnamts), rassemble les données relatives à la santé de plus de 110 000 Français.
En 2016, les données de près de 29 000 participants, âgés de 30 à 69 ans en 2013, ont été étudiées. Près d'un Français sur deux serait en excès de poids et l'obésité globale, définie par un IMC > 30kg/m^2, avoisinerait les 16% tandis que l'obésité abdominale, définie par un tour de taille ≥94 cm pour les hommes et ≥80 cm les femmes, s'avère bien plus fréquente (entre 41,6 et 48,5%).

Parmi les départements analysés, le Nord présente la prévalence de l'obésité la plus forte, elle atteint 25,6%, (Meurthe et Moselle 22,9%).

A noter que la relation entre l'obésité et le revenu était inversement proportionnelle.



Prévalence de l'obésité globale en France



Prévalence (%) de l'obésité en fonction du revenu en euros, par sexe

Les origines de l'obésité sont multiples et l'identification des facteurs impliqués dans son développement et son installation est loin d'être achevée.
Les modifications de l'**alimentation** et la réduction de l'**activité physique** jouent un rôle incontestable dans l'émergence récente de l'obésité, mais également une **prédisposition génétique** à la prise de poids peut expliquer des différences de susceptibilité individuelle à l'obésité.

Le rôle de **l'environnement** semble largement aussi important. **Le stress, le sommeil, certains médicaments, des virus, la composition de la flore intestinale, l'exposition à des polluants sont vraisemblablement autant de facteurs à incriminer**.

L'obésité est une maladie aux multiples conséquences : elle entraîne des troubles de santé dont les principaux sont le diabète de type 2 (dans 80 % des cas, la maladie est associée à une obésité), l'hypertension artérielle, l'excès de lipides dans le sang (dyslipidémie), les atteintes cardiovasculaires, le syndrome d'apnée du sommeil et d'autres maladies respiratoires, ainsi que des maladies articulaires telles que l'arthrose. Certaines de ces maladies sont à l'origine des affections de longue durée (ALD).
L'obésité est en outre associée à un risque accru de certains cancers, en particulier le cancer de l'endomètre (utérus).
Il faut également souligner le retentissement psychologique et social de la maladie, qui conduit de nombreux patients à venir consulter.

1.2.12. LES AFFECTIONS DE LONGUE DUREE (ALD), UNE PREVALENCE IMPORTANTE SUR LE TERRITOIRE

Selon la définition de la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie), une Affection de Longue Durée (ALD) est une maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ouvrant droit à la prise en charge à 100 % pour les soins liés à cette pathologie.

En 2013, dans le Nord-Pas-de-Calais, mais aussi sur la zone de proximité de Dunkerque (correspondant au territoire du SCoT), les quatre principales ALD sont :

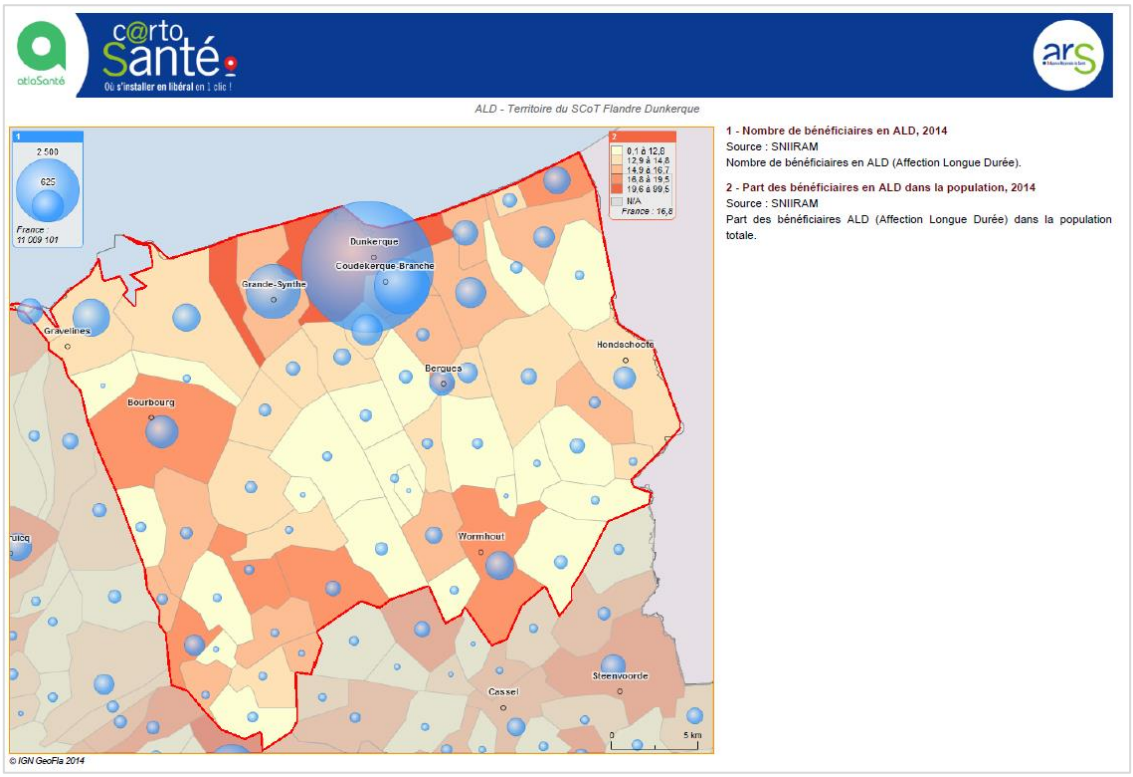
	Nord Pas de Calais Taux de prévalence pour 100 000 habitants	SCoT Flandre Dunkerque Taux de prévalence pour 100 000 habitants
le diabète	4 277	3 312
les tumeurs malignes	3 138	2 536
les maladies coronaires	1 707	1 398
l'insuffisance cardiaque	1 539	1 289

Source : ARS Nord Pas de Calais

Suivis sur le Dunkerquois par l'hypertension artérielle sévère (taux de prévalence de 592 pour 100 000 habitants), la Maladie d'Alzheimer et autres démences (548), ces deux pathologies touchant deux fois plus les femmes que les hommes, les artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques (528) qui touche trois fois plus les hommes et les Accidents vasculaire cérébraux invalidant (402).

Si les chiffres des bénéficiaires d'ALD ne sont pas plus importants sur le territoire du SCoT que sur la Région Nord-Pas-de-Calais, il existe pour autant des disparités territoriales.

Ainsi, la part des bénéficiaires d'une ALD par rapport à la population communale est plus importante sur Dunkerque, même si d'autres communes, plus rurales sont également concernées.
Il est également à noter que certaines ALD ne sont identifiées que tardivement ou bien que l'admission en ALD n'est pas demandé, ce qui peut engendrer une sous-évaluation de la prévalence des ALD.



CONCLUSION SUR LA SANTE DES ADULTES

La santé des adultes est préoccupante sur le territoire de la CUD. La situation n'est pas nouvelle, le diagnostic santé réalisé en 2003 dans le cadre de l'élaboration du SCoT Flandre Dunkerque (2007) faisait déjà état de ce constat.

Pour autant, celle-ci ne semble pas d'être aggravée, voire, elle s'est améliorée si on regarde par exemple la mortalité liée aux cancers. Mais les questions de comportements individuels, du recours aux soins tardifs, mettent en avant l'importance de la prévention et des politiques de promotion de la santé qui doivent être maintenues voire encore développées sur le territoire.

Parallèlement, les maladies chroniques sont hélas toujours présentes sur le territoire.

1.3. LA SANTE DES SENIORS

QU'EST-CE QU'UN SENIOR ?

Le mot senior signifie étymologiquement « plus âgé ». La définition est liée à l'âge, mais où commence la limite ? Elle varie de façon subjective selon le contexte.
Dans le monde du travail, le terme est employé pour des personnes ayant seulement plus de 45 ans. Dans le sport, les seniors sont encore moins âgés. Par exemple, pour la Fédération Française d'Athlétisme, on est « senior » dès l'âge de 23 ans.

➔ Nous considérerons comme senior une personne âgée de 60 ans et plus.

1.3.1. UN VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION QUI S'ACCENTUE

	Indice de vieillissement	
	2008	**2010**
France métropolitaine	67,9	69,4
Nord - Pas-de-Calais	53,1	53,9
Nord		51,8
Pas-de-Calais		57,6
SCOT	53,1	55,7
CUD	55,3	57,0
CCHF		51,7

Sources : INSEE RP 1999 et RP 2010 exploitations principales. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Entre 2008 et 2010, l'indice de vieillissement[3] de la population française a augmenté de 1,5 point, alors qu'à l'échelle du SCoT, il a augmenté de 2,6 points.
Ces chiffres montrent que, malgré une population globalement jeune (indice de vieillissement proche de 50), le nombre de personnes de plus de 60 ans augmente plus vite que le nombre de personnes de moins de 20 ans.

1.3.2. UNE HAUSSE PREVISIBLE DE LA DEPENDANCE

Au dernier recensement de l'INSEE (2011), la zone d'emploi de Dunkerque compte 55 207 personnes de 60 ans et plus, soit 21,8 % de la population totale.

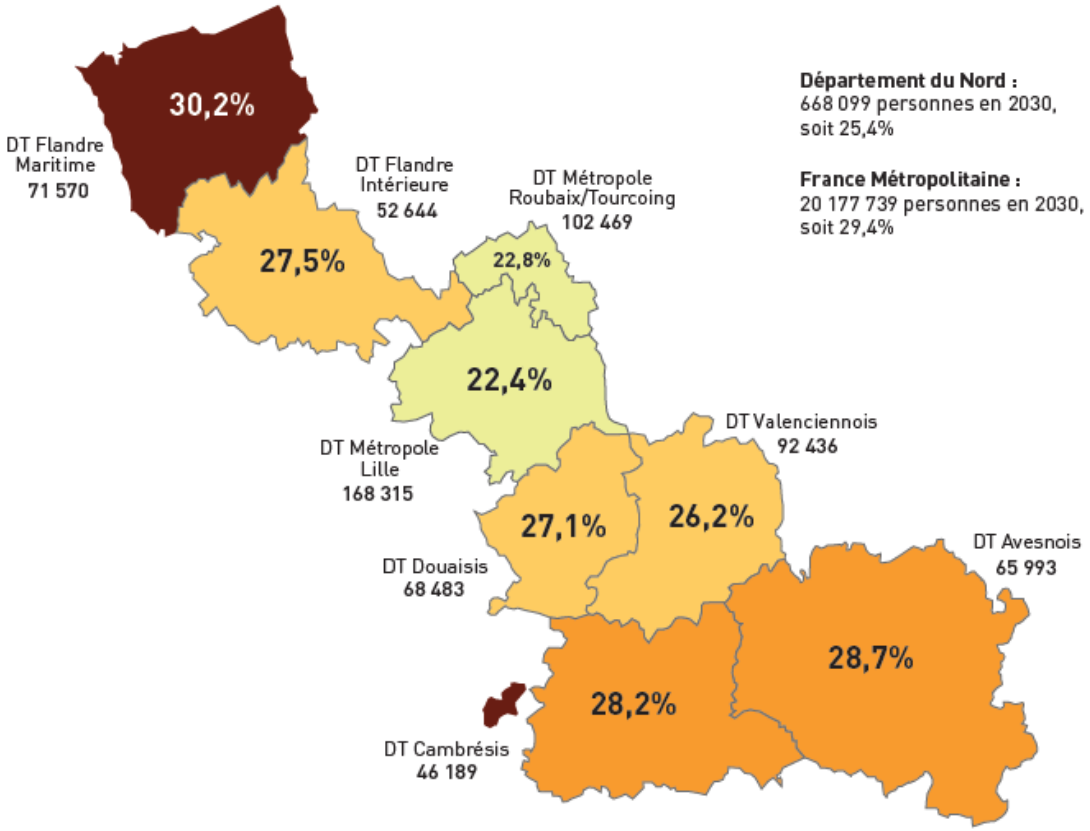
L'Allocation Personnalisée d'Autonomie dans le Département du Nord, part des bénéficiaires dans la population des 60 ans et plus au 31 décembre 2009, DGAS, PPP

Douaisis	Cambrésis	Valenciennois	Roubaix-Tourcoing	Nord	Avesnois	Flandre intérieure	Flandre maritime	Lille
9,2 %	9,1 %	7,3 %	6,6 %	6,4 %	5,8 %	5,4 %	5 %	**5 %**

[3] L'indice de vieillissement est le rapport de la population des 60 ans et plus à celle des moins de 20 ans. Plus l'indice est faible, plus le rapport est favorable aux jeunes ; plus il est élevé, plus il est favorable aux personnes âgées.

Projection de la part des 60 ans et plus dans la population totale par Direction territoriale à l'horizon 2030

En % et en effectif

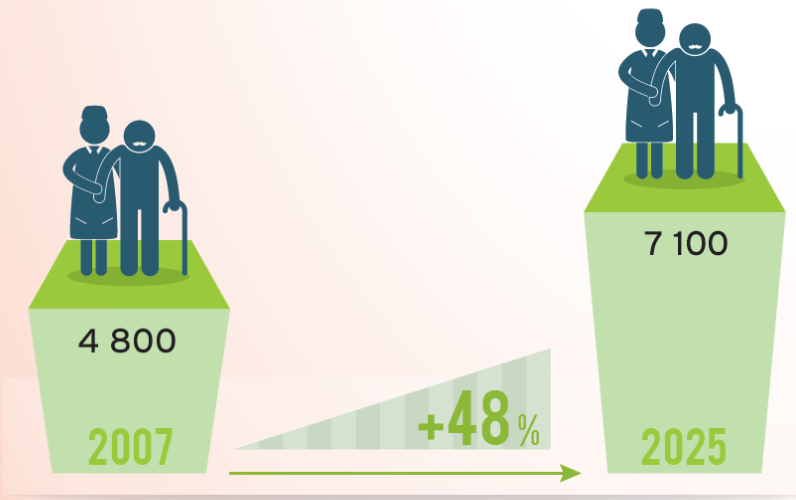


Traitement : *DG Solidarité/DPS/Service évaluation et prospective sociale.*
Source : *INSEE modèle Omphale 2010 - Scénario central - Edition août 2011.*

Cahier de l'AGUR n°10 - janvier 2015 Le maintien à domicile des séniors : un gisement d'emplois

Un risque de hausse de la dépendance

2007-2025 la Flandre maritime, croissance la plus élevée du département des personnes âgées dépendantes



Évolution du nombre de personnes âgées dépendantes entre 2007 et 2025.

Source: INSEE mode Omphale 2010, Enquête santé 2008-2009 scénario démographique central et hypothèse de dépendance intermédiaire.

Par ailleurs, l'état sanitaire dégradé en Flandre maritime conduirait à une évolution d'autant plus importante de la dépendance sur le territoire.
Dans ce contexte d'accélération du vieillissement de la population et de fait, de la dépendance, la question du maintien à domicile des personnes âgées devient un souci majeur. D'autant qu'il est souhaité à la fois par les individus (toutes les études sur le sujet en font écho), et par l'État, en raison notamment de la hausse des coûts de santé.

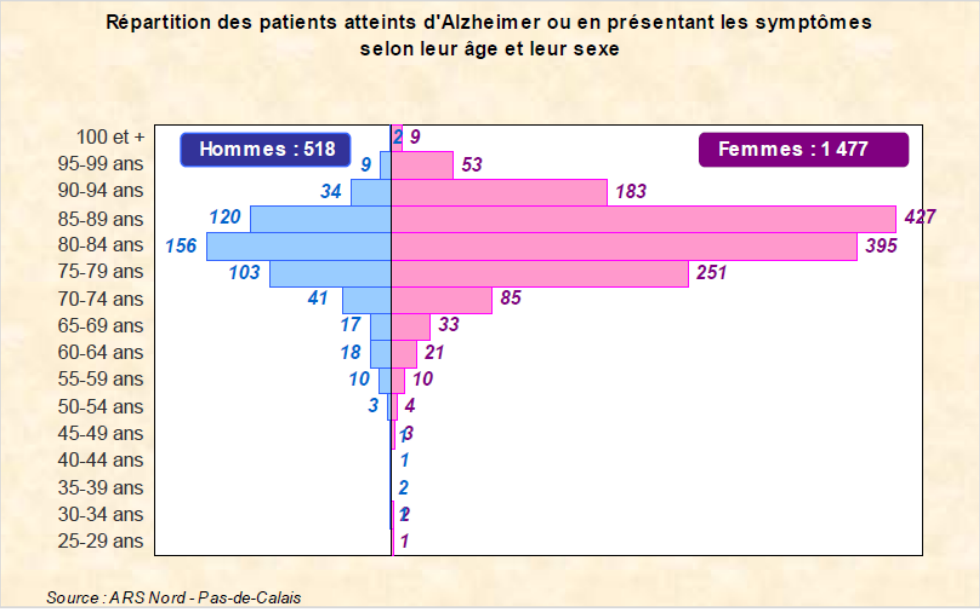
1.3.3. LA MALADIE D'ALZHEIMER

La maladie d'Alzheimer est une affection du cerveau dite « neurodégénérative », c'est-à-dire qu'elle entraîne une disparition progressive des neurones.
La maladie d'Alzheimer apparaît plus souvent chez les personnes âgées, mais elle n'est pas une conséquence normale du vieillissement.

Avec 900 000 personnes atteintes de maladie d'Alzheimer, la France fait partie des pays où le nombre de malades est le plus élevé. 225 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année.

En 2020, 1 Français de plus de 65 ans sur 4 devrait être touché par la maladie d'Alzheimer.
Même si cette maladie touche indifféremment les régions, en 2014, le département du Nord apparaissait comme le département le plus exposé à la maladie d'Alzheimer, avec 3,3% de l'ensemble des malades d'Alzheimer de France.

Pour autant, c'est aussi l'un des 5 départements où la prise en charge est relativement bonne avec un taux de 31% des malades pris en charge en tant qu'ALD (affection longue durée).
Les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentée ont en général entre 75 et 94 ans.



Au-delà de la prise en charge de la maladie elle-même, la question des aidants est fondamentale. Cet accompagnement s'inscrit souvent dans la durée au prix d'un épuisement physique et psychologique de l'aidant. La question des mesures de répit est donc fondamentale.
C'est dans ce sens qu'avait été constitué le Plan Alzheimer 2008-2012 dont la mesure n°1 prévoyait une diversification des dispositifs de répit ainsi qu'une amélioration de l'accessibilité à ce type de dispositifs.

Ainsi en décembre 2014, 9 plateformes étaient en activité dans la région, dont une dans le dunkerquois avec la Maison d'Aloïs de Bergues, portée par l'association APAPAD en partenariat avec l'EHPAD Maison de Famille Saint Augustin géré par l'association Clairefontaine d'Hazebrouck (voir rubrique équipement).

1.3.4. LES TUMEURS, LA PREMIERE CAUSE DE MORTALITE CHEZ LES HOMMES DE PLUS DE 65 ANS DANS LE NORD

Selon les données de la fédération nationale des observatoires de la santé (SCORE santé), dans le Nord, les décès par tumeur représentent en 2013, 30% des décès chez les hommes de plus de 65 ans.
Comme pour les personnes de moins de 65 ans, les cancers constituent donc une des causes majeures de décès chez les hommes.
Les maladies de l'appareil circulatoire arrivent en seconde position avec 25% des décès et les maladies de l'appareil respiratoire en troisième cause avec 9,5% de décès.

1.3.5. LES MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE, LA PREMIERE CAUSE DE MORTALITE CHEZ LES FEMMES DE PLUS DE 65 ANS DANS LE NORD

Selon les données de la fédération nationale des observatoires de la santé (SCORE santé), dans le Nord, les maladies de l'appareil circulatoire, qui représentent, en 2013, 28% des décès, est la première cause de décès chez les femmes de plus de 65 ans.
Cette donnée peut potentiellement être mise en corrélation avec la mortalité prématurée des femmes liée au diabète sucré. Les maladies cardiovasculaires pouvant constituer une complication du diabète.
Les tumeurs arrivent en seconde position avec 22% des décès.

CONCLUSION SUR LA SANTE DES SENIORS

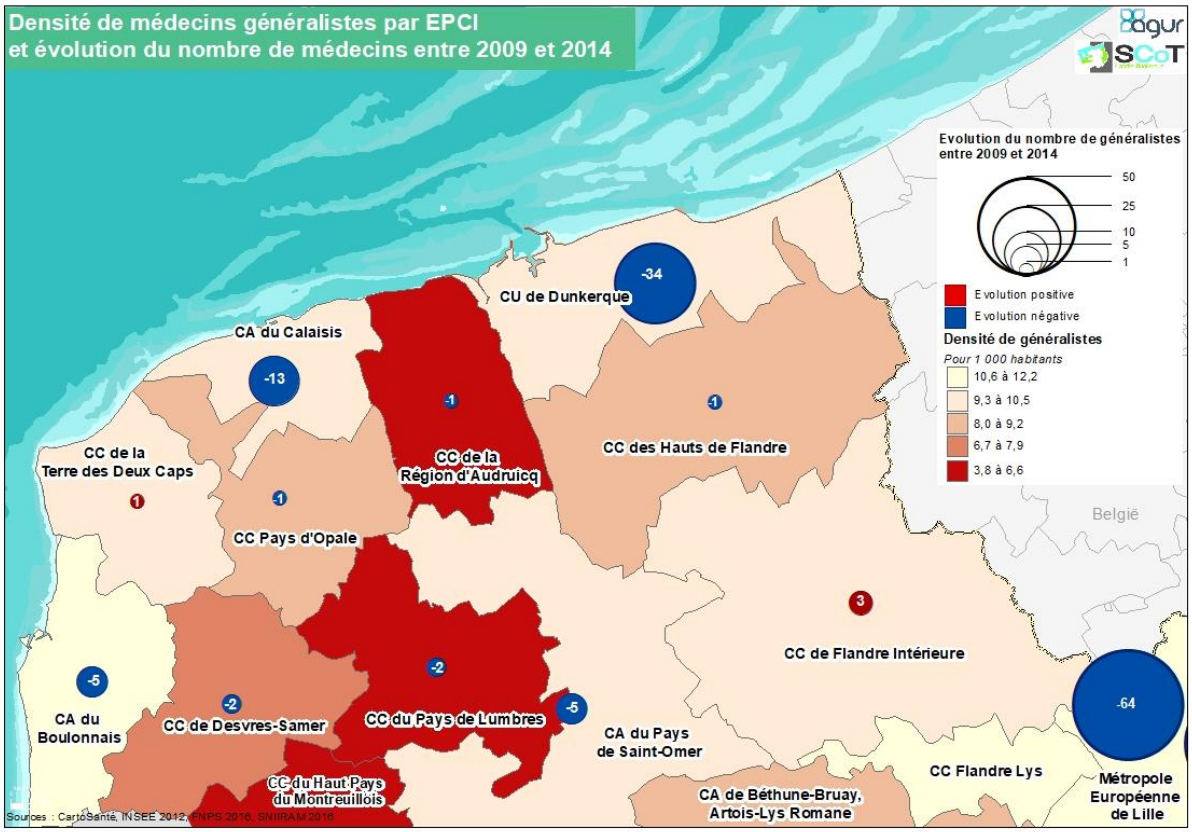
La santé des séniors apparait comme mal connue sur le territoire de la CUD. Or, celle-ci constitue un enjeu extrêmement important compte tenu du vieillissement de la population et du risque d'augmentation de la dépendance.
Ainsi, agir sur la santé des adultes, accompagner la santé des séniors, permettrait de limiter la dépendance sur le territoire et favoriser le « bien vieillir ».

2. L'OFFRE SANITAIRE ET SOCIALE

2.1. LA MEDECINE DE VILLE ET L'OFFRE DE SOINS DE PROXIMITE

2.1.1. SUR LE SCOT, UNE DENSITE DE MEDECINS GENERALISTES SIMILAIRE A LA MOYENNE FRANÇAISE

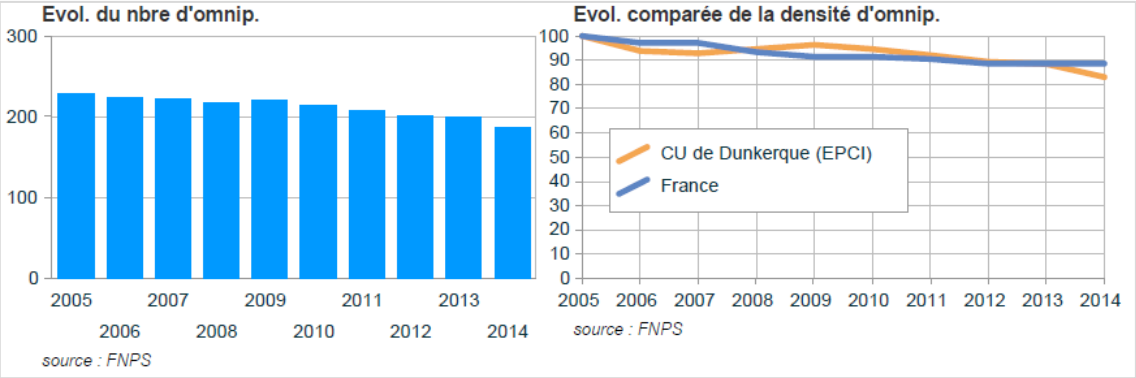
Selon les données de l'outil cartographique « Carto-santé » de l'ARS, sur la zone d'emploi de Dunkerque, qui correspond au territoire du SCoT Flandre-Dunkerque, la densité de médecins généralistes était de 9,1 médecins pour 10 000 habitants en 2014 (en France : 9,3).



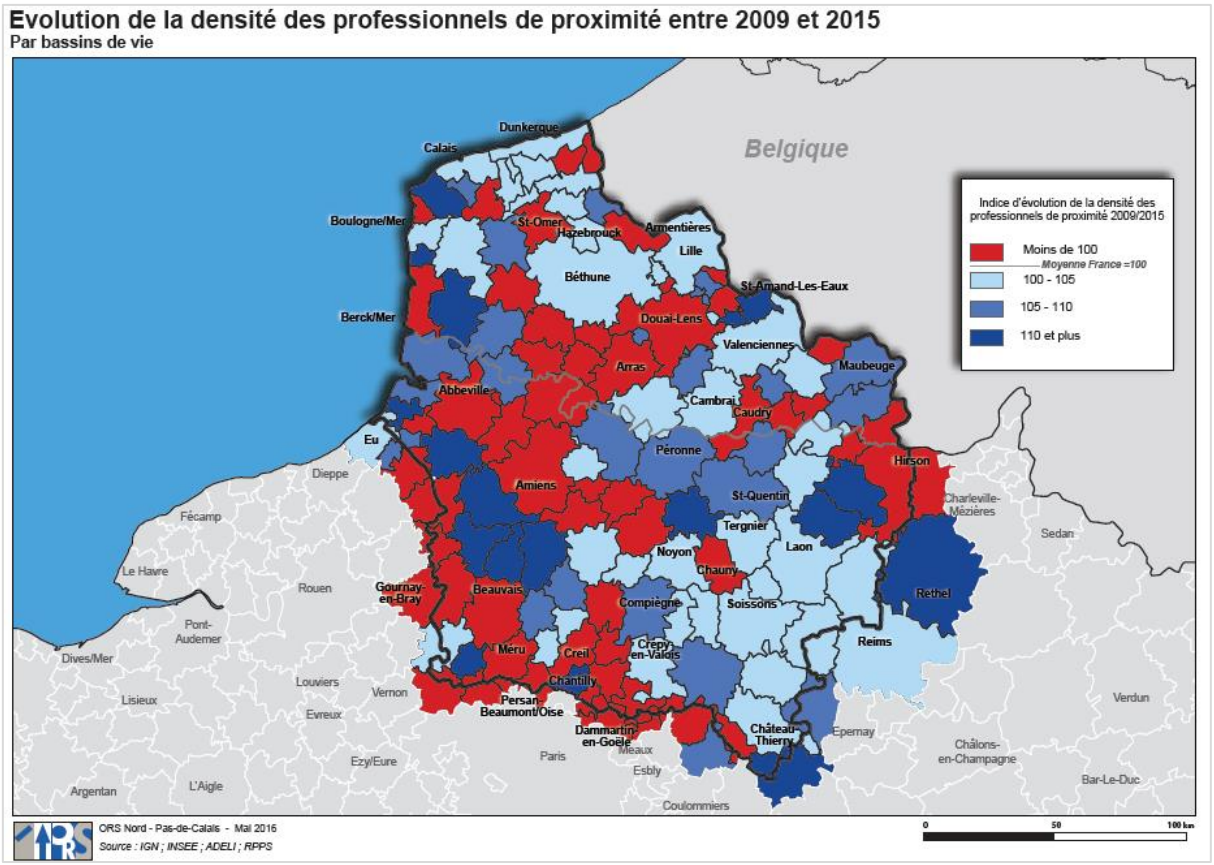
Sur le territoire de la CUD, la densité de médecins généralistes pour 10 000 habitants était similaire à celle observée en France. Pourtant entre 2009 et 2014, ce territoire a perdu 34 praticiens.

2.1.2. SUR LE TERRITOIRE DE LA CUD, LA DENSITE DE MEDECINS GENERALISTES DIMINUE

Sur la CUD, le nombre de médecins rapporté au nombre d'habitants tend à diminuer depuis 2006.



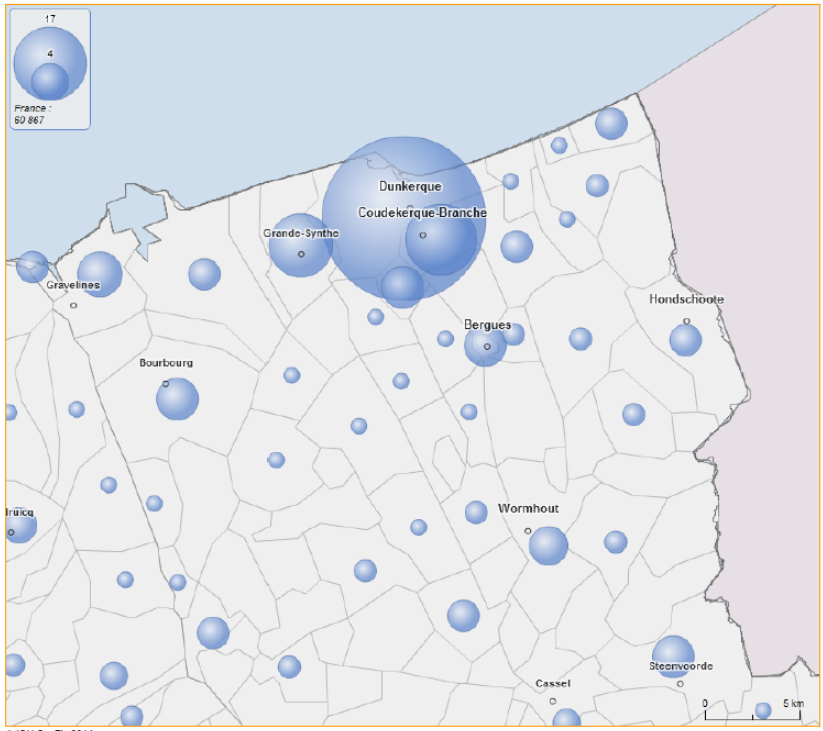
Des disparités géographiques existent au sein même de la CUD ; ainsi, il n'est pas rare que les patients soient obligés de se rendre sur d'autres communes afin de se rendre chez leur médecin.



A la diminution du nombre de médecins s'ajoute le vieillissement préoccupant de ces mêmes professionnels de santé.

c@rto Santé
Où s'installer en libéral en 1 clic !

France par commune et arrondissement municipal



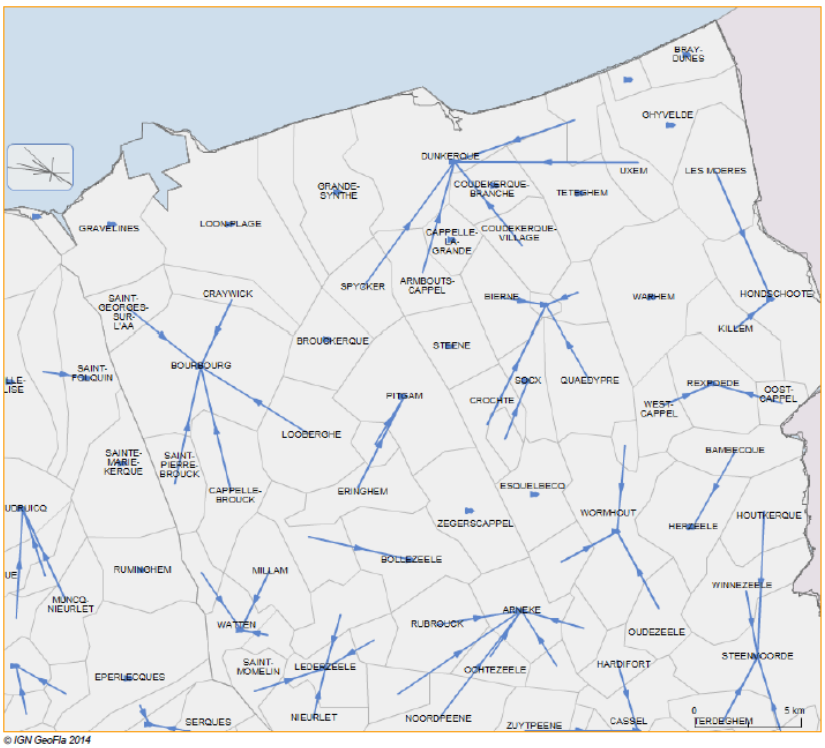
© IGN GeoFla 2014

Nombre de médecins généralistes, 2014
Source : SNIIRAM
Nombre d'omnipraticiens (médecins généralistes (y c d'exercice particulier)) au 31/12

c@rto Santé
Où s'installer en libéral en 1 clic !

ars Agence Régionale de Santé

France par commune et arrondissement municipal



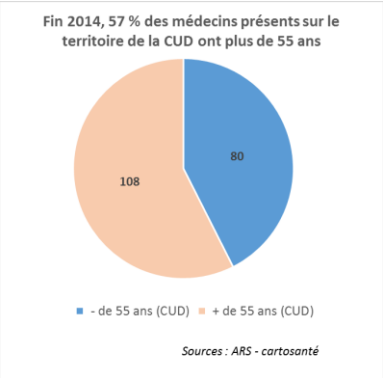
© IGN GeoFla 2014

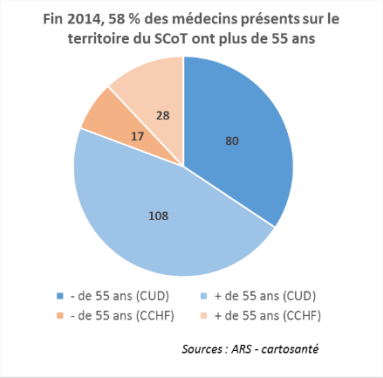
Pôles d'attraction des médecins généralistes, 2014
Source : ARS
Représentaton du flux majoritaire entre la commune de résidence du patient et son principal lieu de soin

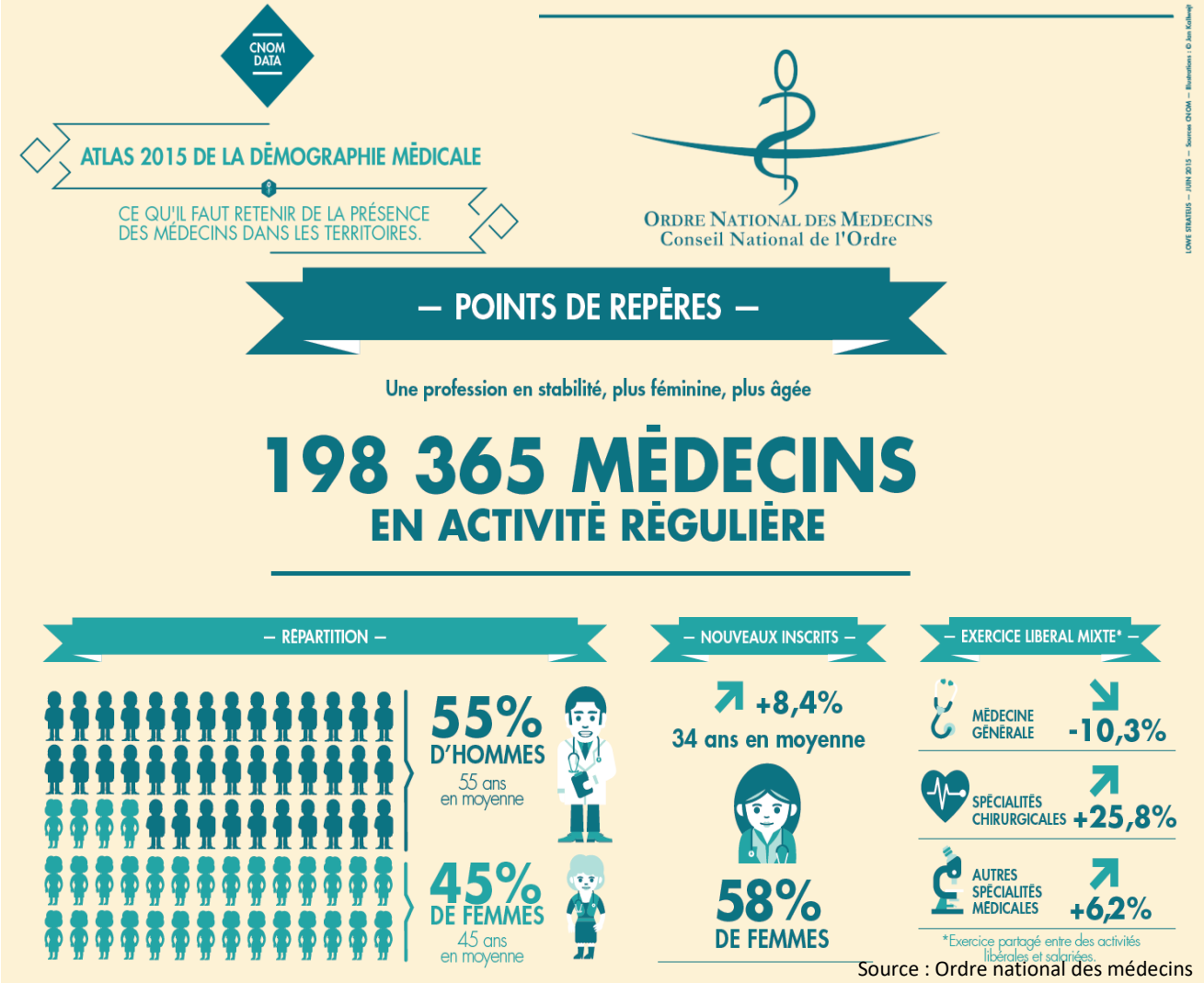
2.1.3. FIN 2014, 57% DES MEDECINS GENERALISTES PRESENTS SUR LE TERRITOIRE DE LA CUD AVAIENT PLUS DE 55 ANS

Cela représente 108 médecins sur les 188 exerçant sur le territoire de la CUD.

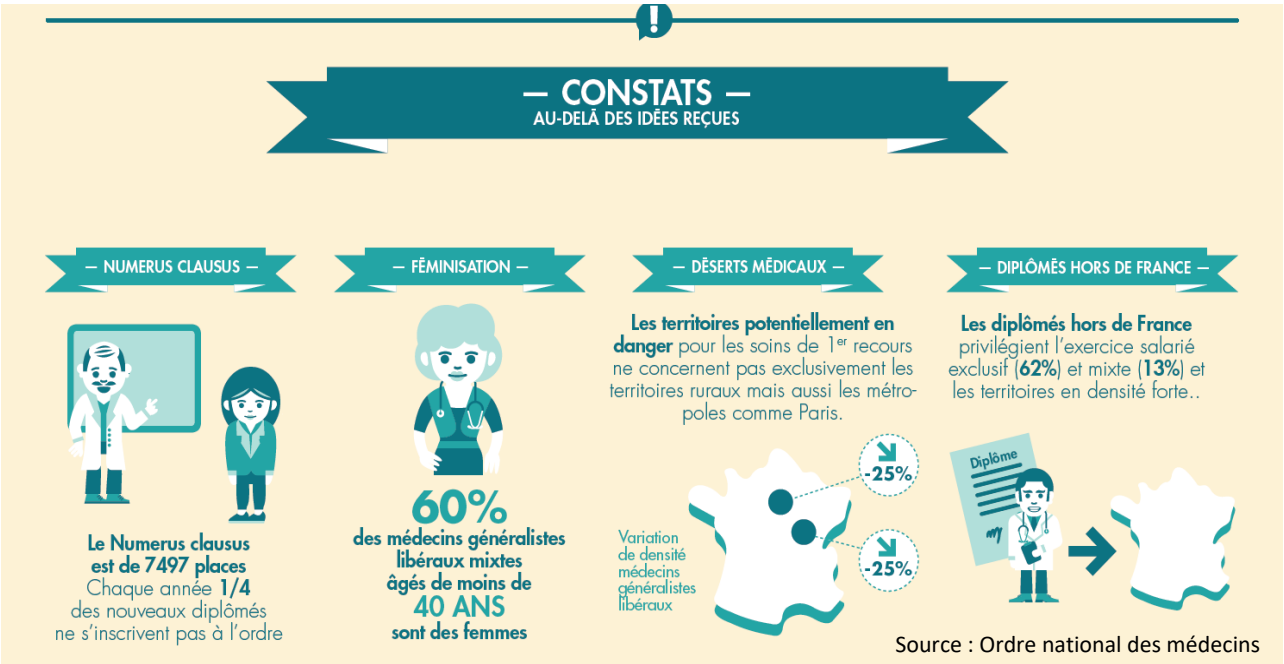
Cette situation n'est pas propre au territoire dunkerquois en effet, le constat est le même à l'échelle nationale, où l'on assiste à une féminisation de la profession et un vieillissement.







Source : Ordre national des médecins

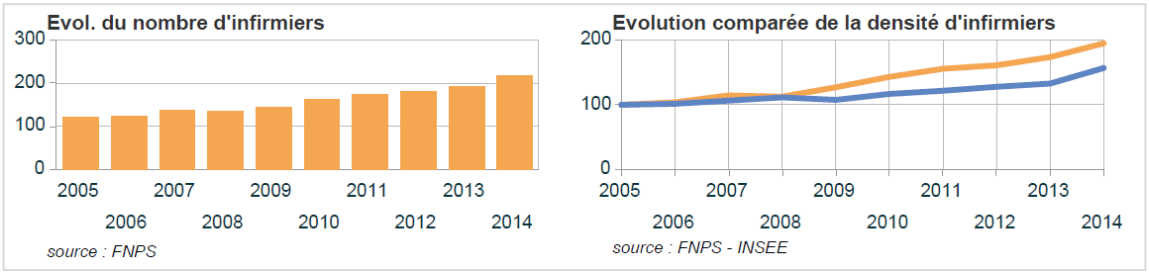


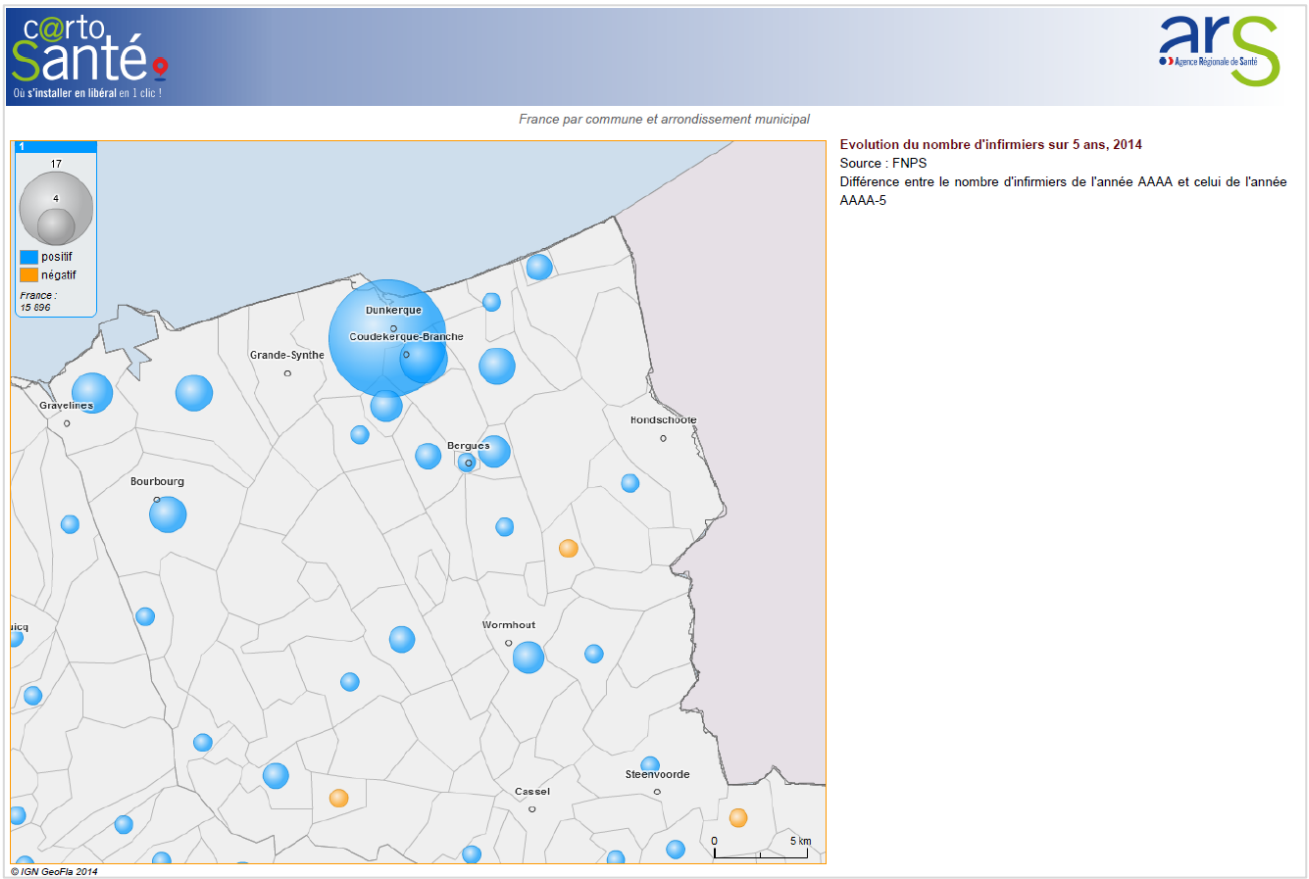
Source : Ordre national des médecins

Les médecins généralistes ont tendance à attirer une offre de soins de proximité riche autour d'eux. En effet, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les pharmaciens, les pédicures-podologues etc. sont réticents à s'installer en l'absence de médecins prescripteurs à proximité.

2.1.4. UN TERRITOIRE BIEN POURVU EN INFIRMIERS LIBERAUX : EN CINQ ANS, LEUR NOMBRE A AUGMENTE DE 33% SUR LE TERRITOIRE DE LA CUD

Ainsi, les infirmiers étaient 166 en 2010 et 221 en 2014, soit une augmentation de 55 infirmiers. La densité d'infirmiers est donc en augmentation sur le territoire et dépasse même la densité constatée à l'échelle française.





A noter cependant que l'organisation des soins ne correspond pas aux territoires administratifs et que des soignants implantés sur une intercommunalité peuvent aller travailler dans une autre.

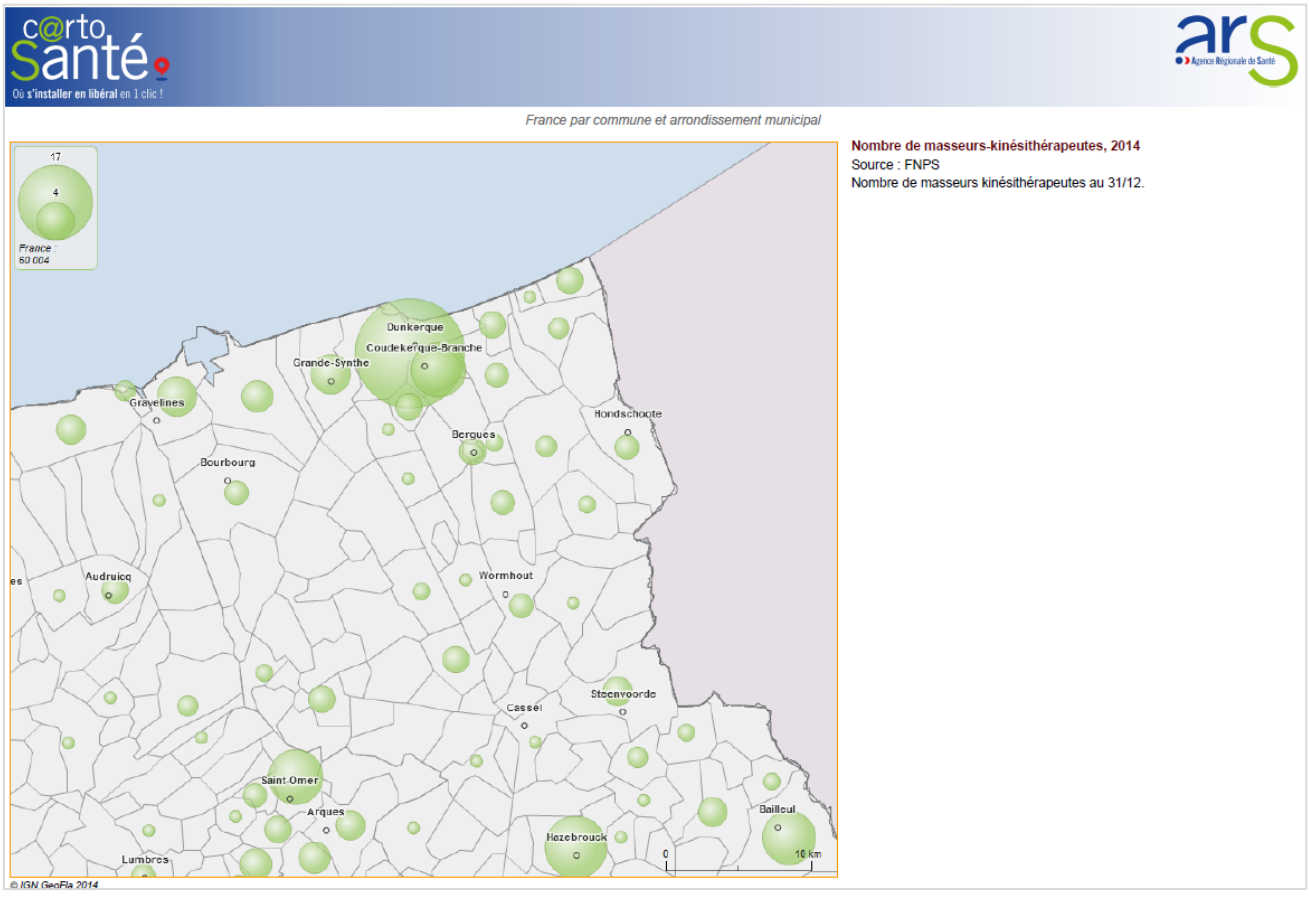
2.1.5. EN 2014, 31 238 PERSONNES ONT BENEFICIE DE SOINS INFIRMIERS SUR LE TERRITOIRE DE LA CUD

Il s'agit de l'ensemble des actes infirmiers (AMI : actes techniques autres que soins et gardes à domicile des malades et AIS : soins et gardes à domicile des malades). Ce chiffre a augmenté de 20 % entre 2010 et 2014.

	Nb. de bénéficiaires inf. - 2010	*Nb. de bénéficiaires inf. - 2014*
CUD	26034	31238
CCHF	9319	11331
SCoT	35353	42569

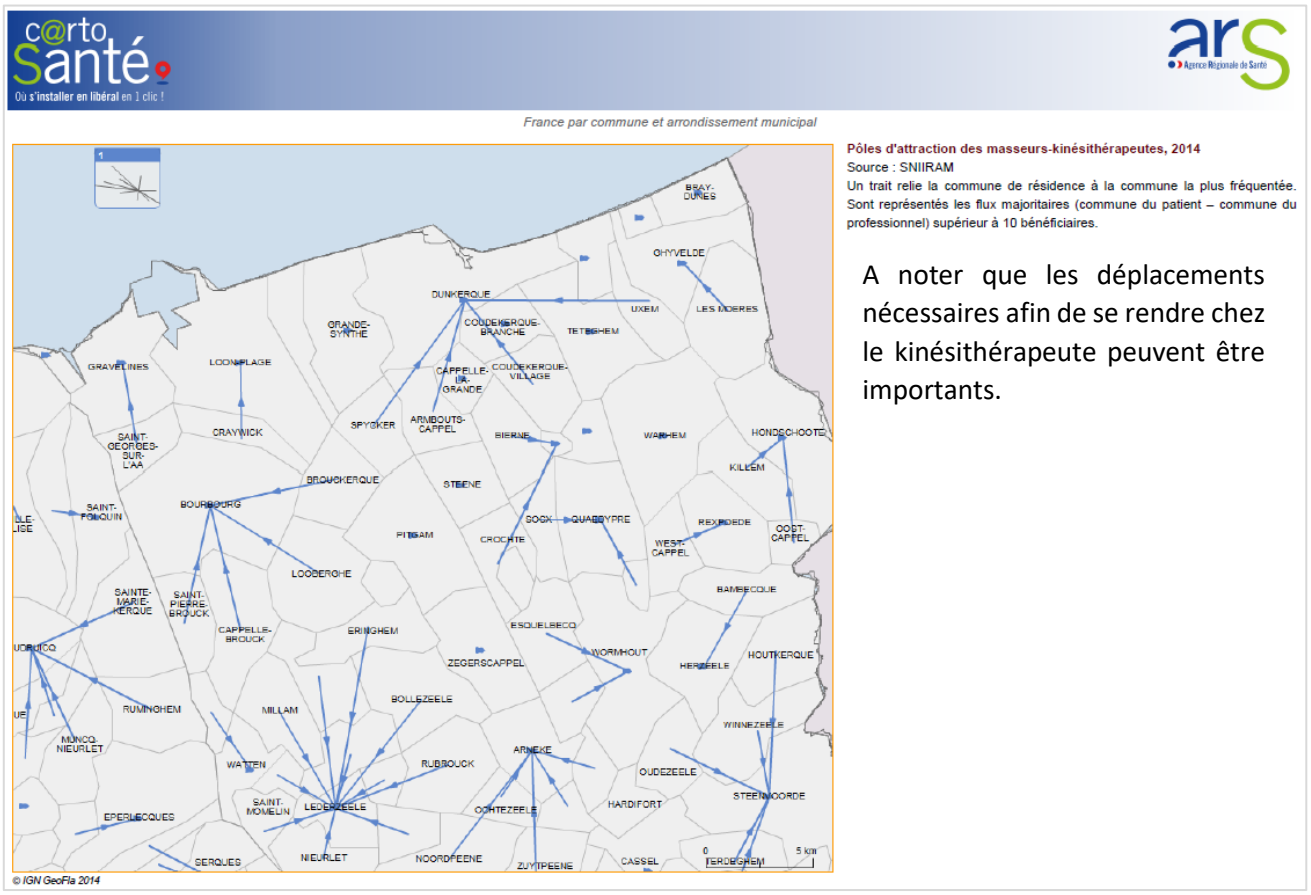
Source : ARS, Carto-santé

2.1.6. 9 NOUVEAUX KINESITHERAPEUTES SE SONT INSTALLES SUR LE TERRITOIRE DE LA CUD, ENTRE 2010 ET 2014, ALORS QUE LE NOMBRE DE BENEFICIAIRES A AUGMENTE DE +3 900



	Nb de kinés - 2010	*Nb de kinés - 2014*	*Nb. de bénéficiaires kiné - 2010*	*Nb. de bénéficiaires kiné - 2014*
CUD	159	168	28655	32556
CCHF	33	36	7000	7775
SCOT	192	204	35655	40331

Source : ARS, Carto-santé



Pôles d'attraction des masseurs-kinésithérapeutes, 2014
Source : SNIIRAM
Un trait relie la commune de résidence à la commune la plus fréquentée. Sont représentés les flux majoritaires (commune du patient – commune du professionnel) supérieur à 10 bénéficiaires.

A noter que les déplacements nécessaires afin de se rendre chez le kinésithérapeute peuvent être importants.

2.1.7. UN ACCES AUX SOINS DE PREMIERS RECOURS DE PLUS EN PLUS DIFFICILE

L'élaboration du schéma régional de l'organisation des soins (SROS) s'inscrit dans le cadre global du projet régional de santé (PRS) et en déclinaison du plan stratégique régional de santé (PSRS).

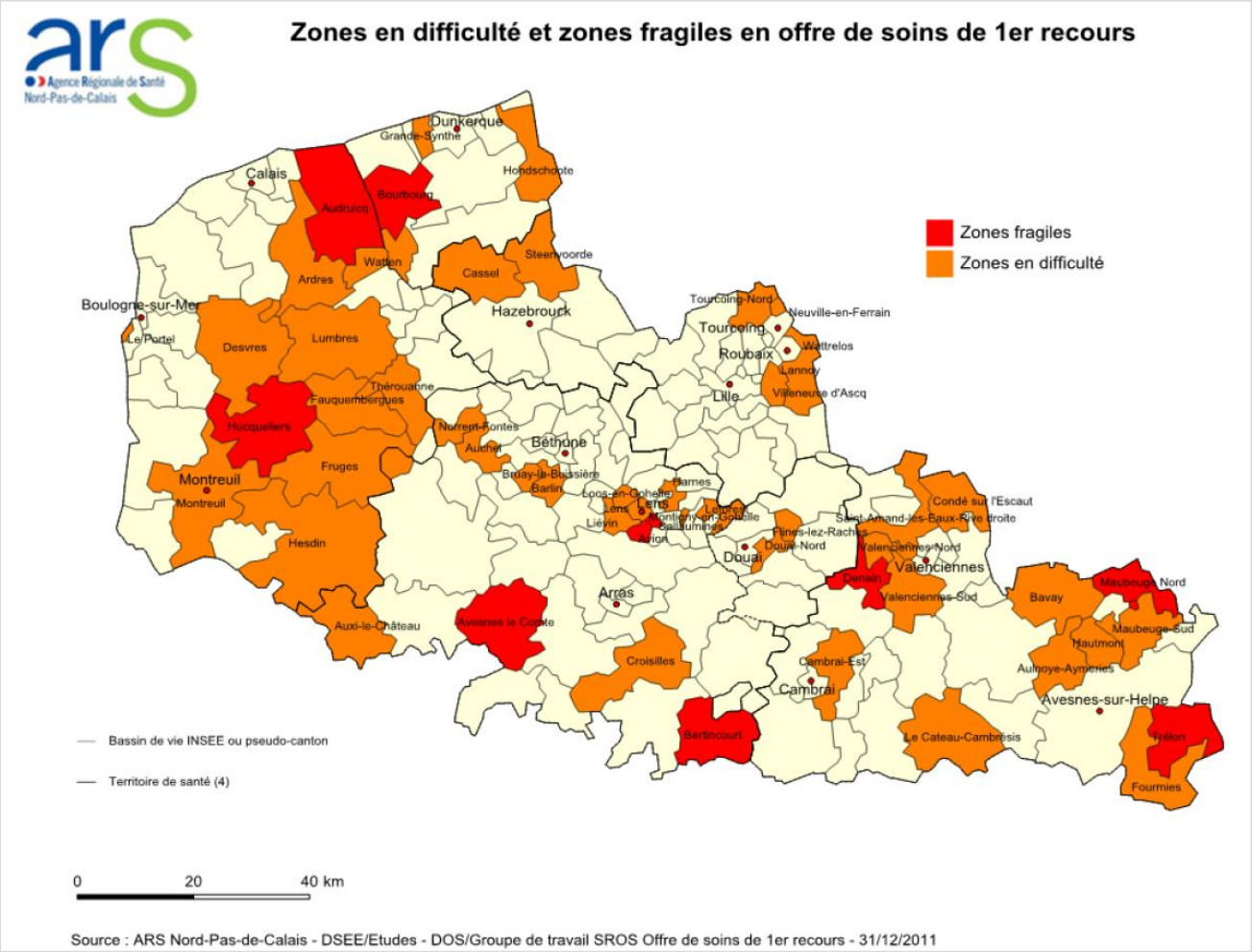
Etabli pour 4 ans de (2012 à 2016), il se décline plusieurs objectifs opérationnels eux même déclinés en actions. L'une d'elle concerne le **Zonage pluri-professionnel de l'offre de soins de 1er recours**. Ce zonage permet d'identifier :

Les soins de premiers recours désignent les soins de proximité. Ils comprennent plusieurs volets : la prévention, l'éducation à la santé, le dépistage, le diagnostic, le traitement, la surveillance et le suivi des patients. A partir de ces soins de premier recours, les usagers de soins peuvent être orientés vers le système de soins plus spécialisés ou soins de second recours.

Les médecins généralistes, les infirmiers et les kinés sont les trois premières professions sollicitées en premier recours.

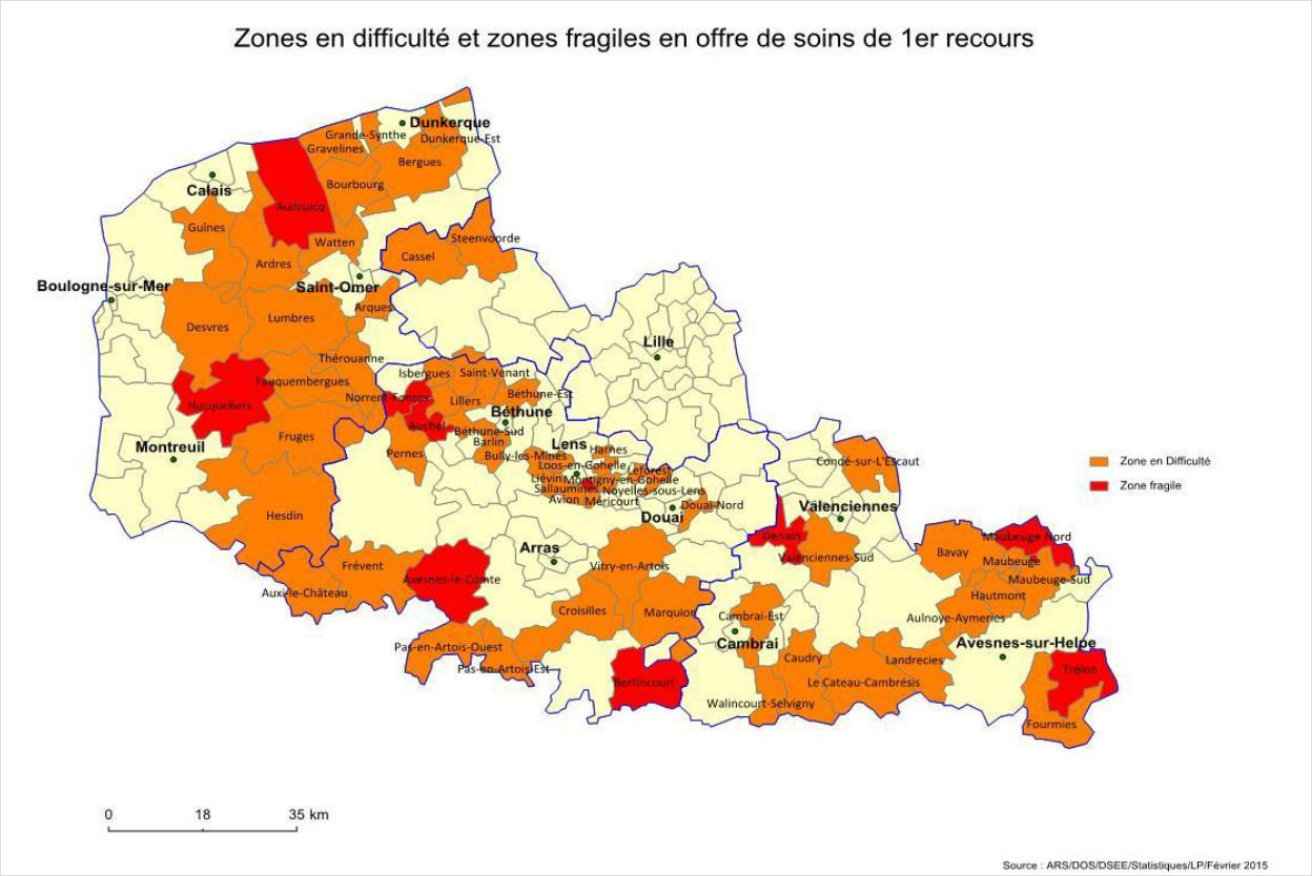
- Les zones en difficulté (dont les zones fragiles) qui sont des bassins de vie Insee identifiés en tension en termes de démographie médicale et/ou paramédicale, et de besoins de santé ; ces zones sont accompagnées prioritairement par l'ARS et bénéficient de l'ensemble des mesures régionales et nationales d'aides au maintien et à l'installation des professionnels de santé de 1er recours.

- Les zones fragiles (définies au sein des zones en difficulté) sont le zonage de référence de la Convention Nationale des Médecin. Les médecins libéraux installés en zones fragiles bénéficient d'aides financières au maintien et à l'installation.



Le zonage de 2011, identifiait sur le territoire du SCoT Flandre-Dunkerque, le bassin de vie de Grande-Synthe de Bourbourg et de Watten (composé de communes du Nord et du Pas De Calais), comme zones en difficulté. La zone de Bourbourg était également en zone fragile.

Le zonage, actualisé en 2014, s'appuie sur une méthodologie qui a été modifiée pour la définition des zones fragiles, pour lesquelles les indicateurs « Offre de soins médecins généralistes » et ceux liés à l'âge des médecins ont été notamment surpondérés.



Le zonage de 2014 sort la zone de Bourbourg des zones fragiles ; elle reste pour autant en zone en difficulté, comme les zones d'emploi de Grande-Synthe et de Watten. Les zones de Gravelines, Bergues et Dunkerque-Est viennent s'ajouter aux précédentes. La zone de Hondschoote, quant à elle, sort des zones identifiées comme en difficulté.

Ce nouveau zonage confirme la situation en cours de dégradation quant à l'offre de soins de premier recours sur le territoire du SCoT.

2.1.8. DES SPECIALITES MEDICALES ET CHIRURGICALES QUI VIENNENT A MANQUER SUR LE TERRITOIRE DU SCOT

La densité médicale des spécialistes (nombre de praticiens pour 100 000 habitants) est ici observée à l'échelle du SCoT. En effet, la centralisation de la majorité des praticiens sur l'agglomération dunkerquoise, indique une dépendance du secteur rural, la densité des spécialistes est donc plus pertinente à l'échelle du SCoT qu'elle ne pourrait l'être à l'échelle des intercommunalités.

2014	Dunkerquois			TS du Littoral			Région Nord Pas de Calais			France métropolitaine		
	Effectif	Densité	%>55ans	Effectif	Densité	%>55ans	Effectif	Densité	%>55ans	Effectif	Densité	%>55ans
Médecins spécialistes	**263**	**103,8**	**46**	**930**	**115,1**	**45,6**	**6267**	**155**	**37,9**	**115222**	**182,7**	**46,1**
Spécialités médicales	**157**	**61,9**	**45,9**	**548**	**67,8**	**44,5**	**3710**	**91,8**	**37,7**	**65627**	**104,1**	**45,4**
dont libéraux	94	37,1	52,1	300	37,1	50	1798	44,5	48,4	34635	54,9	56,1
Anatomie et cytologie pathologiques	3	1,2	66,7	7	0,9	57,1	67	1,7	31,3	1541	2,4	44,5
Anesthésie-réanimation	17	6,7	52,9	71	8,8	54,9	597	14,8	34,7	10654	16,9	46,9
Cardiologie et maladies vasculaires	15	5,9	40	65	8	44,6	381	9,4	40,2	6663	10,6	44,2
Dermatologie et vénéréologie	5	2	40	24	3	37,5	181	4,5	43,6	4014	6,4	54,5
Endocrinologie et métabolisme	4	1,6	50	15	1,9	60	105	2,6	32,4	1742	2,8	31,6
Gastro-entérologie et hépatologie	11	4,3	27,3	36	4,5	33,3	189	4,7	32,8	3507	5,6	40,1
Gynécologie médicale	10	9,4	60	28	8,3	71,4	189	11,1	82	3422	12,7	89
Hématologie	2	0,8		5	0,6		35	0,9	8,6	509	0,8	5,7
Médecine interne	6	2,4	50	8	1	50	88	2,2	42	2368	3,8	45,1
Médecine nucléaire	2	0,8		6	0,7	50	52	1,3	26,9	657	1	30,9
Médecine physique et réadaptation	11	4,3	36,4	33	4,1	42,4	131	3,2	44,3	1951	3,1	53,4
Néphrologie	4	1,6	50	16	2	31,3	86	2,1	26,7	1482	2,3	32,4
Neurologie	6	2,4	33,3	24	3	25	158	3,9	24,7	2254	3,6	28,6
Oncologie option médicale	1	0,4		4	0,5	25	31	0,8	19,4	836	1,3	23,2
Pédiatrie	18	34,1	61,1	61	35,4	44,3	428	49,5	39,5	7466	60,6	42,9
Gériatrie	4	1,6	50	11	1,4	27,3	83	2,1	24,1	1517	2,4	27
Pneumologie	11	4,3	36,4	33	4,1	42,4	194	4,8	37,6	2846	4,5	44,4
Radiodiagnostic	23	9,1	52,2	73	9	41,1	516	12,8	34,5	8294	13,2	45,4
Radiothérapie	2	0,8		7	0,9	28,6	47	1,2	29,8	815	1,3	37,9
Réanimation médicale				2	0,2	50	21	0,5	14,3	281	0,4	12,1
Rhumatologie	2	0,8	100	19	2,4	63,2	119	2,9	40,3	2566	4,1	50

Source : ASIP - RPPS 2014, Insee - RP2011 exploitation principale. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais

2014	Dunkerquois			TS du Littoral			Région Nord Pas de Calais			France métropolitaine		
	Effectif	Densité	%>55ans	Effectif	Densité	%>55ans	Effectif	Densité	%>55ans	Effectif	Densité	%>55ans
Spécialités chirurgicales	**67**	**26,4**	**44,8**	**254**	**31,4**	**46,5**	**1373**	**34**	**37,1**	**25185**	**39,9**	**43,5**
dont libéraux	49	19,3	51	182	22,5	53,8	858	21,2	45,6	17648	28	50,6
Chirurgie générale	14	5,5	42,9	40	4,9	60	245	6,1	40	3553	5,6	47,1
Chirurgie infantile				1	0,1		13	0,3	23,1	275	0,4	24,4
Chir. maxillo-faciale et stomato	2	0,8	50	9	1,1	77,8	57	1,4	63,2	1179	1,9	70,2
Chirurgie ortho et traumato	9	3,6	44,4	45	5,6	28,9	166	4,1	28,3	3000	4,8	32,3
Chir. plastique rec. et esthétique	1	0,4	100	6	0,7	33,3	29	0,7	20,7	845	1,3	30,3
Chir. thoracique et cardio-vasc				4	0,5		22	0,5	4,5	401	0,6	15,5
Chirurgie urologique	5	2	20	16	2	25	72	1,8	20,8	1062	1,7	25,8
Chirurgie vasculaire				3	0,4		23	0,6	39,1	498	0,8	47,2
Chirurgie viscérale et digestive	2	0,8		12	1,5	41,7	42	1	19	908	1,4	19,1
Gynécologie-obstétrique	13	12,2	69,2	51	15,1	49	264	15,6	32,2	4212	15,7	30,8
Neuro-chirurgie	1	0,4		3	0,4	33,3	34	0,8	23,5	511	0,8	28,8
Ophtalmologie	14	5,5	50	40	4,9	57,5	274	6,8	48,5	5737	9,1	58,4
O.R.L et chirurgie cervico-faciale	6	2,4	16,7	24	3	58,3	132	3,3	46,2	3004	4,8	53,8
Biologie médicale	**5**	**2**	**40**	**19**	**2,4**	**26,3**	**136**	**3,4**	**19,1**	**2603**	**4,1**	**20,9**
dont libéraux	3	1,2	33,3	14	1,7	28,6	57	1,4	24,6	1031	1,6	19,9
Psychiatrie	**15**	**5,9**	**26,7**	**60**	**7,4**	**40**	**631**	**15,6**	**35,3**	**14582**	**23,1**	**52**
dont libéraux	4	1,6	25	23	2,8	52,2	147	3,6	55,8	6545	10,4	67,1
Médecine du travail	**18**	**7,1**	**72,2**	**45**	**5,6**	**68,9**	**350**	**8,7**	**56,3**	**5618**	**8,9**	**62,8**
dont libéraux							3	0,1	66,7	81	0,1	72,8
Santé publique et médecine sociale	**1**	**0,4**		**4**	**0,5**	**50**	**67**	**1,7**	**32,8**	**1607**	**2,5**	**39,5**
dont libéraux										27	0	44,4

Source : ASIP - RPPS 2014, Insee - RP2011 exploitation principale. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais

Pour les spécialités médicales, si certaines se portent relativement bien avec des densités supérieures à celles constatées au niveau métropolitain (notamment l'hématologie ou la pneumologie), ce n'est pas le cas pour d'autres spécialités.

Certaines sont quasiment absentes sur le territoire comme l'oncologie médicale (1 praticien en 2014), la médecine nucléaire (2 praticiens en 2014) ou la radiothérapie (2 praticiens en 2014).

Le nombre d'anesthésistes, de dermatologues et de pédiatres est également faible, avec une situation particulièrement préoccupante pour la rhumatologie qui ne compte que deux praticiens en 2014, tous étant âgés de plus de 55 ans.

La gériatrie est également en reste : non seulement la densité est plus faible que celle observée en France avec seulement 4 praticiens présents sur le territoire, mais c'est aussi leur vieillissement qui interroge, avec, en 2014, 2 praticiens ayant plus de 55 ans.

Pour les spécialités chirurgicales, c'est surtout la gynécologie – obstétrique qui est la plus touchée avec près de 70% des praticiens qui ont plus de 55 ans en 2014.

A noter également la faible représentation des psychiatres, notamment libéraux.

2.2. LE RESEAU HOSPITALIER ET LES EQUIPEMENTS

2.2.1. DES EQUIPEMENTS HOSPITALIERS CONCENTRES SUR LA ZONE URBAINE DE DUNKERQUE

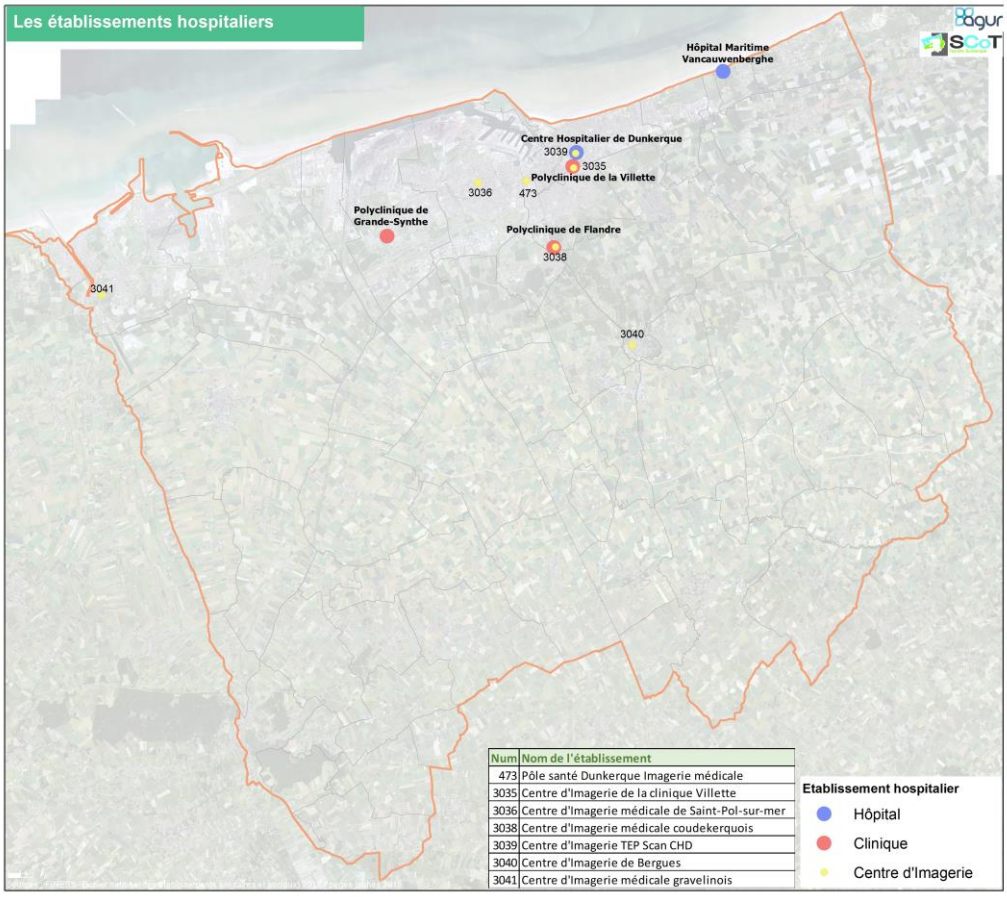
Sur le territoire du SCoT, on assiste à une concentration des établissements de santé.

Celle-ci engendre un modeste équipement de la zone rurale, qui pourtant accueille 20% de la population du SCoT.

Equipement sanitaire en Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO) de la SCOT de la Région Flandre-Dunkerque

Source : SAE 2013 ; M Dran (Etudes&Statistiques / ARS NPDC)

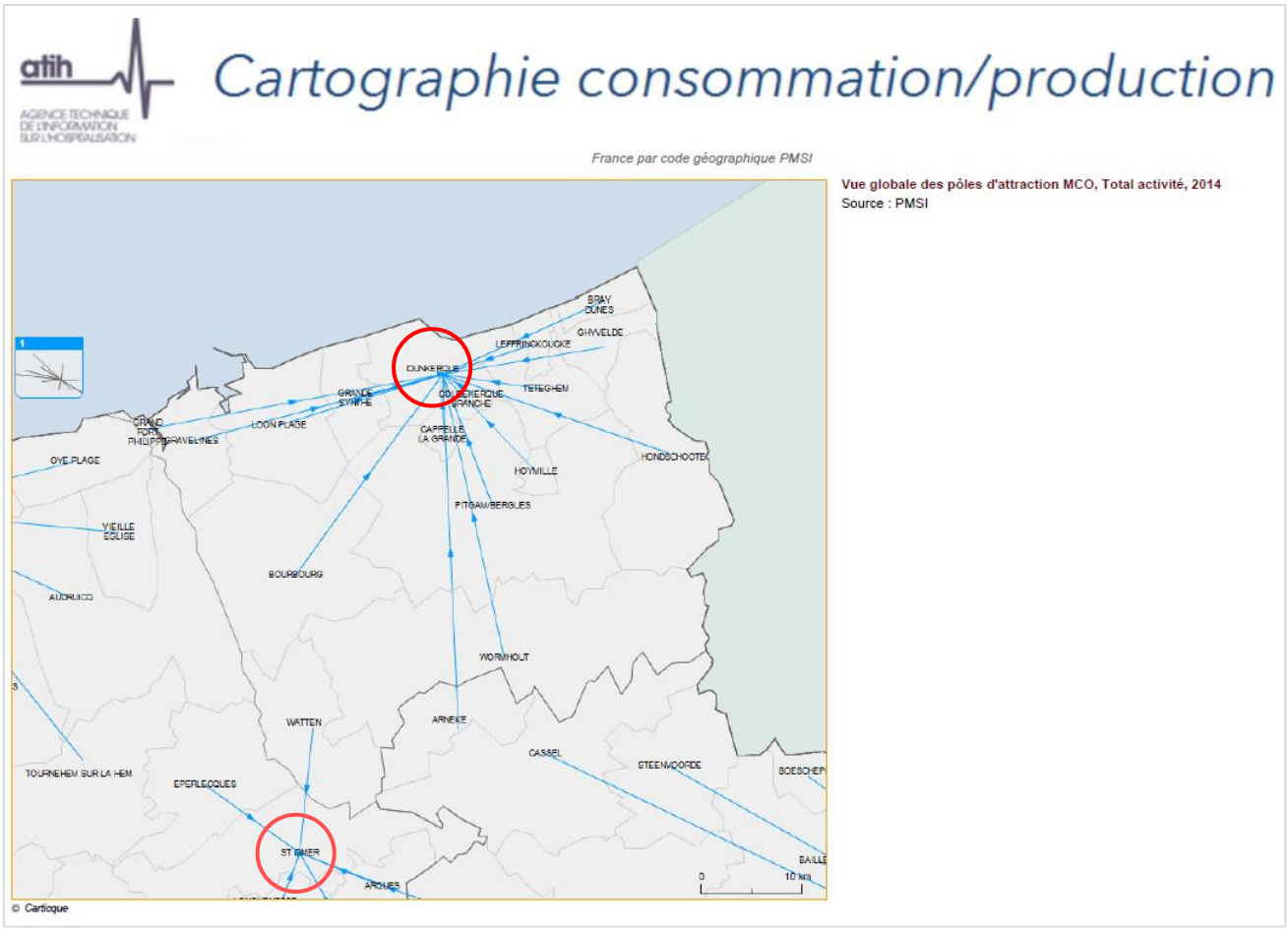
Raison sociale	Commune
CH DUNKERQUE	DUNKERQUE
CH ZUYDCOOTE	ZUYDCOOTE
POLYCLINIQUE DE GRANDE SYNTHE	GRANDE-SYNTHE
CENTRE D'AUTODIALYSE A COUDEKERQUE BRA	COUDEKERQUE-BRANCHE
HOPITAL A DOMICILE DE FLANDRE MARITIME	DUNKERQUE
GCS FLANDRE MARITIME/SITE DE DUNKERQUE	DUNKERQUE
GCS FLANDRE MARITIME/SITE GDE SYNTHE	GRANDE-SYNTHE
UNITE D'AUTODIALYSE DE GRAVELINES	GRAVELINES
POLYCLINIQUE VILLETTE	DUNKERQUE
POLYCLINIQUE DE FLANDRE	COUDEKERQUE-BRANCHE
CENTRE DE RADIOTHERAPIE DE DUNKERQUE	DUNKERQUE



2.2.2. LE TERRITOIRE DU SCOT PRESENTE UN PROFIL AUTOCENTRE QUANT A L'UTILISATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

La zone de proximité du Dunkerquois est caractérisée par un profil particulier, qualifié d'« autocentré », ce qui signifie que l'autonomie y est assez élevée : 81 % des patients de ce territoire sont soignés sur place.
En revanche, l'ouverture est plus faible puisqu'à peine 7 % des patients soignés sur ce territoire réside à l'extérieur. Il s'agit donc de la zone de proximité la moins attractive de la région, qui fonctionne davantage en vase clos que les autres.
Selon l'INSEE et l'ARS, ce résultat peut en partie s'expliquer par la position géographique de la zone dunkerquoise, territoire frontalier disposant en outre d'une façade maritime (ces deux facteurs limitant les possibilités d'échange avec les autres zones de proximité).

On identifie donc un risque que la population ne se déplace pas pour satisfaire ses besoins de soins (soins non présents sur le territoire) et donc potentiellement un risque que se développe un recours aux soins tardifs ou une mortalité précoce élevée.



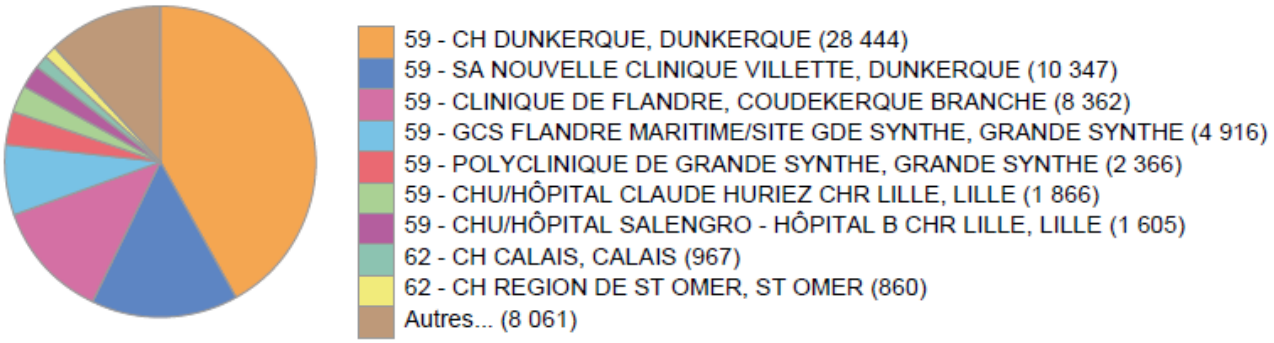
A noter que l'hôpital de St Omer constitue un pôle d'attraction pour les habitants du sud est du SCoT.

Sur le territoire du SCoT, l'essentiel des séjours médecine, chirurgie et obstétrique, se font au Centre Hospitalier de Dunkerque puis à la clinique Villette, à Dunkerque, enfin à la clinique de Flandre, à Coudekerque-Branche.

Séjours PMSI MCO de la zone : SCoT Flandre Dunkerque

Total MCO - tous domaines d'activité

Répartition des séjours par établissement - Total activité 2014



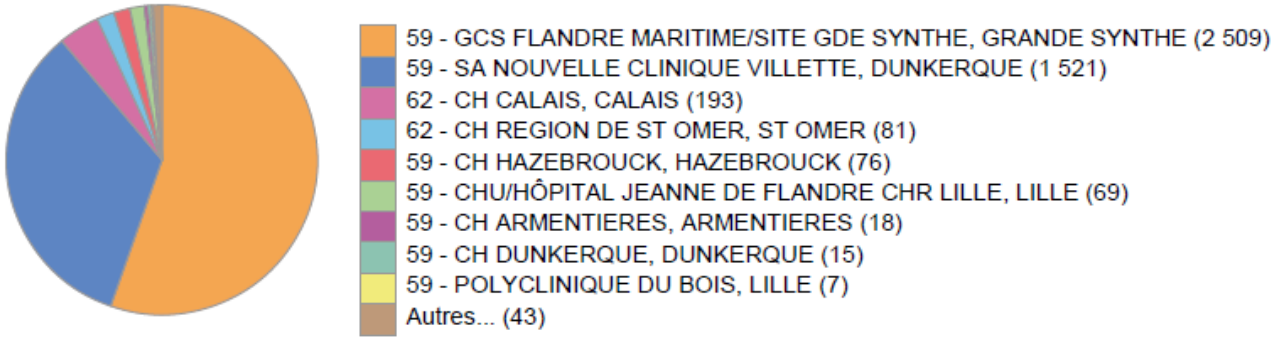
source : ATIH - PMSI - 2014

A noter que pour ce qui est de l'obstétrique, en 2014, les séjours se déroulent en majorité à la polyclinique de Grande-Synthe ou à la Clinique Villette. Cette situation est appelée à évoluer, compte tenu de l'ouverture de la maternité au sein du CHD de Dunkerque, en septembre 2018.

Séjours PMSI MCO de la zone : SCoT Flandre Dunkerque

Total O - tous domaines d'activité

Répartition des séjours par établissement - Total Obstétrique 2014



source : ATIH - PMSI - 2014

En ce qui concerne les soins de suites et de réadaptation, c'est essentiellement l'établissement l'Hôpital Maritime de Zuydcoote qui accueille les patients du territoire.

2.2.3. UNE FORTE PROGRESSION DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)

Le service d'Hospitalisation à Domicile est une structure intermédiaire entre l'hôpital et les soins de ville.

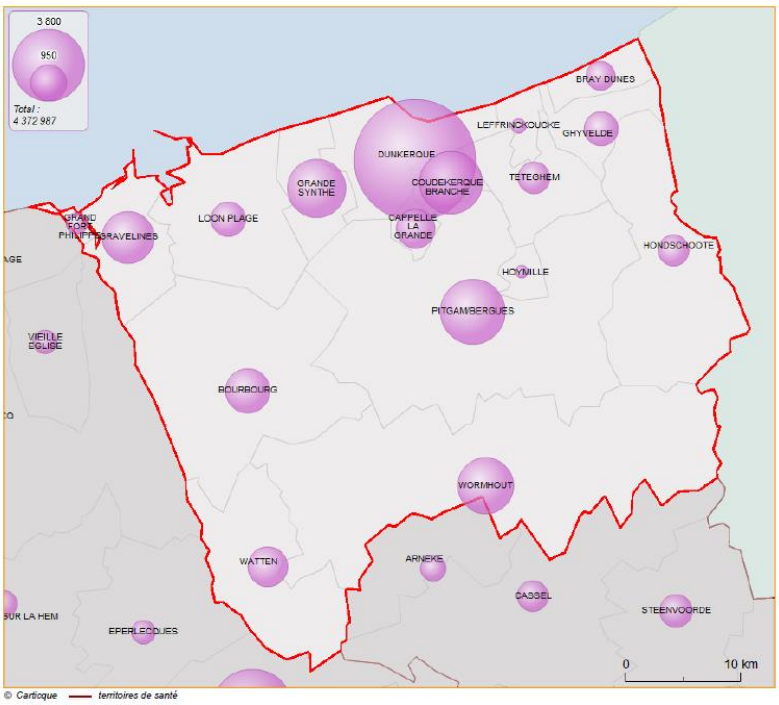
Son objectif est de réduire la durée du séjour à l'hôpital.

Les domaines de la santé susceptibles d'être pris en charge dans ce type de structure sont de plus en plus ouverts : cancérologie, orthopédie, périnatalité, neurologie, gériatrie, cardiologie, psychiatrie, par exemple.

L'ensemble du territoire du SCoT est couvert par l'Hospitalisation à Domicile de Flandre Maritime, on observe une progression de ce service de +47% entre 2010 et 2014.

Cartographie consommation/production

France par code géographique PMSI



Journées PMSI HAD au lieu de résidence, Total activité, 2014
Source : ATIH

Cartographie consommation/production

Journées PMSI HAD de la zone : SCoT Flandre Dunkerque

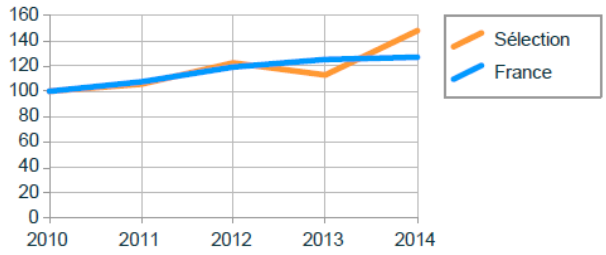
Tous modes de prises en charge principaux

Répartition des journées par établissement - 2014



source : ATIH - PMSI - 2014

Evolution des journées - (base 100 en 2010)



source : ATIH - PMSI

année	journées	base 100 sél.	France
2010	16 945	100	100
2011	17 905	105,7	107,6
2012	20 774	122,6	119,2
2013	19 153	113	125,1
2014	25 068	147,9	126,9

2.3. LA PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE DES PERSONNES AGEES

Sur le territoire du SCoT, de nombreux acteurs publics et associatifs interviennent afin d'accompagner les personnes de plus de 60 ans et leur famille dans leurs parcours résidentiel et dans leur éventuel parcours de soin.

En France, de nombreux Plans et programmes, à destination des personnes âgées, arrivent au même constat, à savoir des difficultés à coordonner, voir à mettre en complémentarité des actions ou initiatives autour des actions à destination des séniors.

En effet, en fonction des souhaits des personnes, de leur état de santé, il existe différents modes de prise en charge. Ces modes de prise en charge pouvant être gérés par des organismes différents.

Ces dernières années, les collectivités œuvrant à destination des personnes âgées (et notamment le conseil départemental) ont eu à cœur de simplifier les démarches. C'est ainsi que le principe du guichet unique de proximité à émerger.

Sur le territoire du SCoT, c'est le CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination Gérontologique) du littoral. Mais d'autres structures relais existent également à l'échelle du SCoT Flandre Dunkerque. On citera notamment :

- Le Pole Autonomie Direction territoriale de la Flandre Maritime du Conseil départemental du Nord
- Le CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination Gérontologique) du Littoral
- Le CLIC des Moulins de Flandre
- La MAIA (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer) Littoral Flandres
- Le Réseau de soins palliatifs AMAVI
- Le Réseau maladies cardiovasculaires PREVAL

2.3.1. LES MODES D'HABITER

L'ADAPTATION DU LOGEMENT UNE SOLUTION POUR LE MAINTIEN A DOMICILE

Choisir de continuer à vivre chez soit le plus longtemps possible oblige à réfléchir à différentes contraintes.
Différentes interventions sont possibles pour rendre son logement plus adapté et plus sécurisant : l'adaptation de l'éclairage pour éviter les risques de chutes, l'installation d'équipements spécifiques : siège de douche mural par exemple, la réalisation de travaux d'adaptation : installation d'une douche à l'italienne, de WC surélevés, de nez de marches antidérapants, de revêtements de sol antidérapants, d'un chemin lumineux…

LES BEGUINAGES, UN MODE DE VIE COLLECTIF TYPIQUE DU NORD

On trouve dans certaines communes des **béguinages**, gérés par la commune ou le CCAS, en lien avec des bailleurs sociaux.
Ce mode de vie collectif, typique du nord de la France, se présente sous la forme d'un groupe de logements individuels.

Ils sont souvent attribués en fonction des revenus. La liste d'attente peut être importante.

Les personnes se tournent vers cette formule pour ne pas rester seules, pour profiter de loyers modérés, et pour rester dans un logement individuel. Cela induit que les personnes accédant à ce type de logements soient autonomes.

ETRE SOIGNE A DOMICILE UN SERVICE INDISPENSABLE POUR FAVORISER L'AUTONOMIE

Sur le territoire du SCoT Flandre-Dunkerque, il existe différents réseaux de soins permettant d'apporter des solutions concrètes au quotidien des personnes âgées ou en situation de handicap souhaitant rester chez elles.
Sachant que s'y ajoute également l'HAD (hospitalisation à domicile, présentée précédemment) qui permet même en cas de pathologie plus grave de respecter le souhait des personnes de rester chez eux et d'être soignés.

Les CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination Gérontologique) :

Les CLIC sont des lieux d'accueil, d'écoute et d'information pour les personnes âgées et leur entourage, leur objectif est de répondre à leurs besoins.

Sur le territoire du SCOT, on en compte deux:

- Le CLIC Littoral, porté par le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Dunkerque.
- Le CLIC des Moulins de Flandre, porté par l'APAPAD (Association pour la Promotion d'Action pour les Personnes Agées ou Dépendantes).

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

On compte deux SSIAD sur le territoire de la communauté urbaine de Dunkerque, même si ceux-ci interviennent également sur des communes de la CCHF :

- Le SSIAD de Dunkerque (ASSAD Association de Soins et de Services au Domicile).
- Le SSIAD de Gravelines

Les SPASAD (services polyvalents d'aide et de soins à domicile)

Ils assurent à la fois les missions d'un SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) et celles d'un service d'aide à domicile. Il existe une SPASAD sur le territoire de la CUD porté par l'ASSAD Dunkerque (Association de Soins et de Services au Domicile).

Les municipalités et les intercommunalités proposent également différents services à destination des personnes âgées.

VIVRE EN ACCUEIL FAMILIAL, UNE ALTERNATIVE AUX ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENTS CLASSIQUES

C'est une formule qui s'adresse aux personnes qui ne peuvent plus rester seules chez elles et qui veulent éviter les contraintes de la vie en collectivité. L'accueil familial peut être temporaire (après une hospitalisation, pendant les vacances…) ou permanent.

Toute personne âgée de plus de 60 ans ou toute personne reconnue handicapée (à l'exception des personnes orientées en Maison d'accueil spécialisée) peut être accueilli. L'accueillant familial doit obligatoirement bénéficier d'un agrément accordé par le Président du Conseil départemental, sauf pour l'accueil d'un membre de sa famille jusqu'au 4e degré inclus.

La personne hébergée (ou son représentant légal) est l'employeur de l'accueillant familial et doit le déclarer à l'URSSAF. L'accueil donne lieu à l'établissement d'un contrat écrit qui en fixe les conditions matérielles, humaines et financières.

La personne accueillie bénéficie d'un suivi social et médico-social.

En 2015, on comptait 570 accueillants familiaux agréés dans le département du Nord. En 2017, elles étaient 39 familles agréées en région Flandre Dunkerque, représentant 64 places relativement bien répartis sur l'ensemble du territoire. Pour autant, l'essentiel des personnes accueillies sont en situation de handicap, le plus souvent atteinte d'un handicap psychique.

2.3.2. LES ETABLISSEMENTS DE SOINS

UN TAUX D'EQUIPEMENT EN ETABLISSEMENT POUR PERSONNES AGEES FAIBLE

L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) accueille en chambre médicalisée des personnes âgées qui ont besoin d'une assistance journalière et permanente.

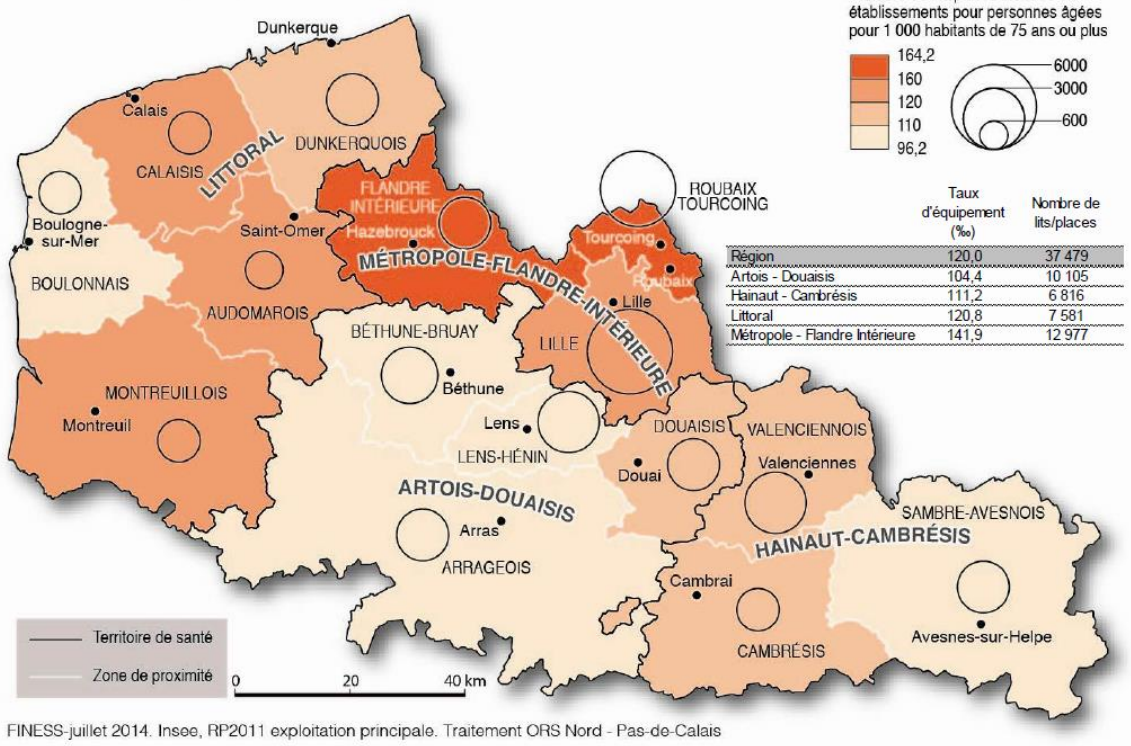
En 2015, la zone de proximité du Dunkerquois dispose de 2058 places en EHPAD ou foyer logement, pour 18 887 personnes de 75 ans et plus (Insee - Recensement – 2012) soit 109 places installées pour 1 000 personnes de 75 ans et plus.

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : *hébergement collectif de personnes âgées offrant un ensemble de prestations comprenant à la fois le logement, les repas et divers services spécifiques. Ces établissements assurent aussi bien de l'hébergement complet, de l'hébergement temporaire que de l'accueil de jour. Ces établissements sont co–financés par les conseils généraux et l'assurance maladie*

Résidences autonomes (anciens foyers logements) : *elles comportent des logements et offre des équipements ou des services tels que la restauration, les salles de réunion, l'infirmerie, le service de blanchissage et la surveillance. La personne hébergée est locataire. Les logements sont autonomes. Ces établissements relèvent de la compétence des Conseils Départementaux. Certains d'entre eux peuvent bénéficier d'un forfait soins infirmiers financé par l'ARS.*

Les chiffres pour la région Nord-Pas-De-Calais étaient, en 2014, de 120 places pour 1000 personnes de 75 ans et plus, alors qu'en France le taux d'équipement est de l'ordre de 125‰.

Établissements pour personnes âgées en 2014



	Taux d'équipement (‰)	Nombre de lits/places
Région	120,0	37 479
Artois - Douaisis	104,4	10 105
Hainaut - Cambrésis	111,2	6 816
Littoral	120,8	7 581
Métropole - Flandre Intérieure	141,9	12 977

FINESS-juillet 2014. Insee, RP2011 exploitation principale. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais

DES STRUCTURES D'ACCUEIL DES PERSONNES AGEES REPARTIES DE FAÇON INEGALE A L'ECHELLE DU SCOT

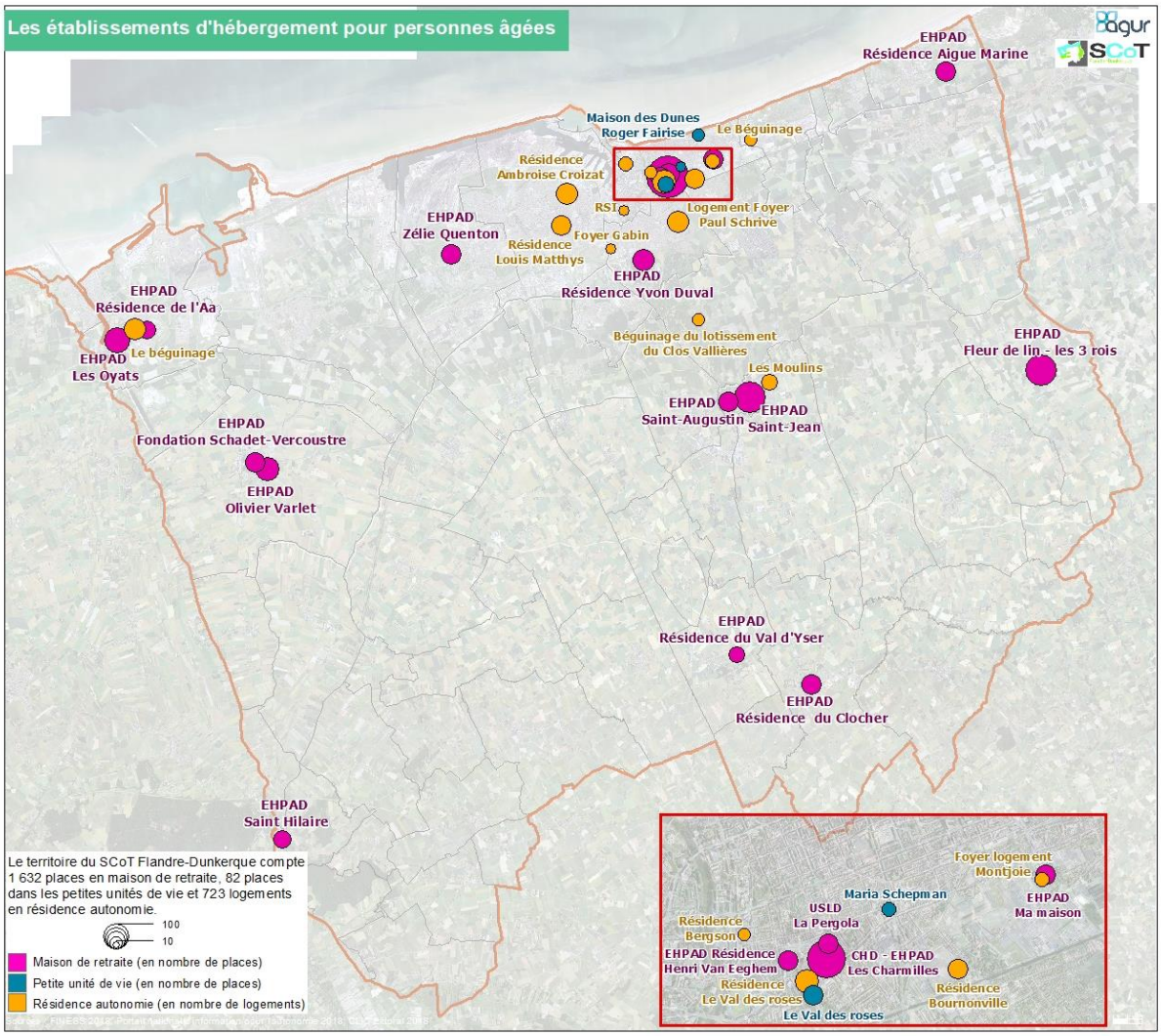
Tout comme les établissements hospitaliers, les structures d'accueil des personnes âgées sont essentiellement concentrées en secteur urbain. Donc si on peut estimer que le territoire de la CUD est relativement bien pourvu, il ne faut pas omettre que les établissements reçoivent également des personnes venant de la CCHF.

Nombre de places par établissements d'hébergement pour les personnes âgées

Type d'établissement	Raison sociale	Commune	Nb de places
EHPAD	EHPAD FLEUR DE LIN - LES 3 ROIS	HONDSCHOOTE	150
EHPAD	EHPAD RESIDENCE SAINT-LOUIS	BOLLEZEELE	80
EHPAD	EHPAD OLIVIER VARLET	BOURBOURG	96
EHPAD	EHPAD RESIDENCE AIGUE MARINE	BRAY-DUNES	60
EHPAD	EHPAD RESIDENCE DU VAL D'YSER	ESQUELBECQ	41
EHPAD	EHPAD SAINT-AUGUSTIN	BERGUES	65
EHPAD	EHPAD SAINT-JEAN	BERGUES	150
EHPAD	EHPAD LA RESIDENCE DU CLOCHER	WORMHOUT	69
EHPAD	EHPAD RESIDENCE VAN EEGHEM	DUNKERQUE	69
EHPAD	USLD LA PERGOLA	DUNKERQUE	80
EHPAD	EHPAD ST HILAIRE	WATTEN	53
EHPAD	EHPAD ZELIE QUENTON	GRANDE-SYNTHE	66
EHPAD	EHPAD FONDATION SHADET VERCOUSTRE	BOURBOURG	60
EHPAD	EHPAD MA MAISON	DUNKERQUE	71
EHPAD	EHPAD LES OYATS	GRAVELINES	109
EHPAD	EHPAD LES CHARMILLES	DUNKERQUE	279
EHPAD	EHPAD RESIDENCE DE L'AA	GRAVELINES	54
EHPAD	EHPAD RESIDENCE YVON DUVAL	COUDEKERQUE-BRANCHE	80
PETITE UNITE DE VIE	PUV MARIA SCHEPMAN	DUNKERQUE	19
PETITE UNITE DE VIE	PUV La roseraie, LE VAL DE ROSES	DUNKERQUE	18
PETITE UNITE DE VIE	PUV Les Eglantines, LE VAL DE ROSES	DUNKERQUE	21
PETITE UNITE DE VIE	PUV MAISON DES DUNES ROGER FAIRISE	DUNKERQUE	24
Résidences autonomie	FOYER LOGEMENT MONTJOIE	DUNKERQUE	30
Résidences autonomie	LE BEGUINAGE	GRAVELINES	77
Résidences autonomie	Résidence LE VAL DE ROSES	DUNKERQUE	92
Résidences autonomie	LOGEMENT FOYER PAUL SCHRIVE	COUDEKERQUE-BRANCHE	82
Résidences autonomie	RESIDENCE BERGSON	DUNKERQUE	26
Résidences autonomie	Foyer Gabin	COUDEKERQUE-BRANCHE	20
Résidences autonomie	béguinage du lotissement du clos vallières	COUDEKERQUE-VILLAGE	24
Résidences autonomie	Résidence le rivage	DUNKERQUE	32
Résidences autonomie	Résidence Ambroise Croizat	SAINT POL SUR MER	77
Résidences autonomie	Résidence bournonville	DUNKERQUE	67
Résidences autonomie	Résidence Le Béguinage	LEFFRINCKOUCKE	24
Résidences autonomie	Résidence Les Moulins	HOYMILLE	43
Résidences autonomie	Résidence Louis Matthys	DUNKERQUE	71
Résidences autonomie	RSI	DUNKERQUE	16

Source : CLIC Littoral

Résidences autonomie	**TOTAL**	**681**	**logements**
Petite Unité de vie	**TOTAL**	**82**	**places**
EHPAD	**TOTAL**	**1632**	**places**



Certains EHPAD proposent également des structures intermédiaires, comme les **Petites unités de vie (PUV),** médicalisées ou non. Elles accueillent chacune moins de 25 personnes âgées dépendantes ou autonomes. Insérées dans la ville, elles permettent à la personne âgée, quel que soit son degré d'autonomie, de vivre dans une communauté proche de son milieu de vie. Elles sont animées par une maîtresse de maison assistée d'une équipe. Il en existe 4 à Dunkerque.

Les Unités de soins de longue durée (USLD) accueillent les personnes âgées atteintes d'une pathologie lourde. L'objectif est de maintenir autant d'autonomie que possible et de favoriser l'ouverture vers l'extérieur afin d'améliorer la qualité de vie. Des animations peuvent aussi être proposées en fonction des capacités des patients. Il existe une unité de soins longue durée sur le territoire : la Polyclinique de Grande-Synthe.

Les résidences-autonomies (anciens foyers-logements) : garder son autonomie dans un environnement adapté :

Ce sont des établissements médico-sociaux destinés aux personnes de plus de 60 ans, autonomes, seules ou en couple. Elles proposent des logements individuels (studios ou T2) accompagnés de services à la carte : restauration, animation, alarme, portage de médicaments, laverie, conduite…

Les personnes emménagent avec leurs meubles et leurs effets personnels. La mise à disposition du logement fait l'objet d'un "contrat de séjour" qui définit les obligations respectives du résident et du gestionnaire de l'établissement.

La majorité de ces établissements n'est pas médicalisés : les résidents gardent leur médecin traitant et leurs professionnels de santé habituels. Ils peuvent aussi, en cas de nécessité, bénéficier d'aides et/ou de soins délivrés par les services d'aides à domicile (SAD) et les services de soins infirmiers (SSIAD).

2.4. LES MOYENS DE PRISE EN CHARGES SPECIFIQUES (HANDICAP ET SANTE MENTALE)

LES ASSOCIATIONS ET ACTEURS PUBLICS PARTICIPENT A LA PRISE EN CHARGE DES MALADES D'ALZHEIMER

Le territoire de la Flandre Maritime comporte de nombreux acteurs, publics et associatifs, jouant un rôle essentiel dans l'aide apportée aux malades et à leurs aidants.
Tout d'abord, en matière de dépistage, des consultations mémoire sont organisées sur le territoire régional. Sur le Dunkerquois, ces consultations sont possibles au service neurologie du Centre hospitalier de Dunkerque, ou à l'Hôpital Maritime de Zuydcoote.

Des formations aux aidants familiaux sont également proposées. Sur le territoire du SCoT elles sont gérées par la **Maison d'Aloïs à Bergues** : Plateforme de Répit et d'Accompagnement pour les aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentées

Le **SSIAD - ASSAD Dunkerque**, dispose d'une équipe spécialisée, l'ESAD (Equipe spécialisée Alzheimer A Domicile).

Il existe aussi les MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie). La **MAIA Littoral Flandre** est au service des professionnels d'un territoire pour leur permettre de mieux répondre aux besoins des personnes âgées. Des professionnels, appelés « gestionnaires de cas », leurs sont attachées afin d'accompagner les personnes en situation complexe. Ces accompagnants sont sollicités par les autres professionnels du territoire (médecin traitant, CLIC, SSIAD…).

Sur le territoire du SCoT, des **accueils de jour** sont également proposés. Destinés prioritairement aux personnes de plus de 60 ans atteintes de Maladie d'Alzheimer ou apparentée, il permet d'aider les familles et de stimuler le malade, préserver son autonomie etc. Ces structures, proposent un accueil à la journée ou la demie journée et une aide au transport peut être organisée.

On compte 7 accueils de jours sur le territoire du SCoT dont 5 sur celui de la CUD, 1 à Coudekerque-Branche, 2 à Dunkerque, 1 à Grande Synthe et 1 à Gravelines.

Nom de la structure d'accueil de jour	Commune
Accueil Hom'age – EHPAD Claire Fontaine	Bergues
Accueil Annie Girardot - EHPAD Yvon DUVAL	Coudekerque Branche
Accueil du Temps Bleu - ASSAD	Dunkerque
Espace Bel Air – CCAS Dunkerque	Dunkerque
Les jardins de Gaia - AFEJI	Grande Synthe
Espaces Jean-Baptiste Rivière – CCAS Graveline	Gravelines
Accueil itinérant Sill'age - APAPAD	Arnèke, Bourbourg, Hondschoote, Wormhout

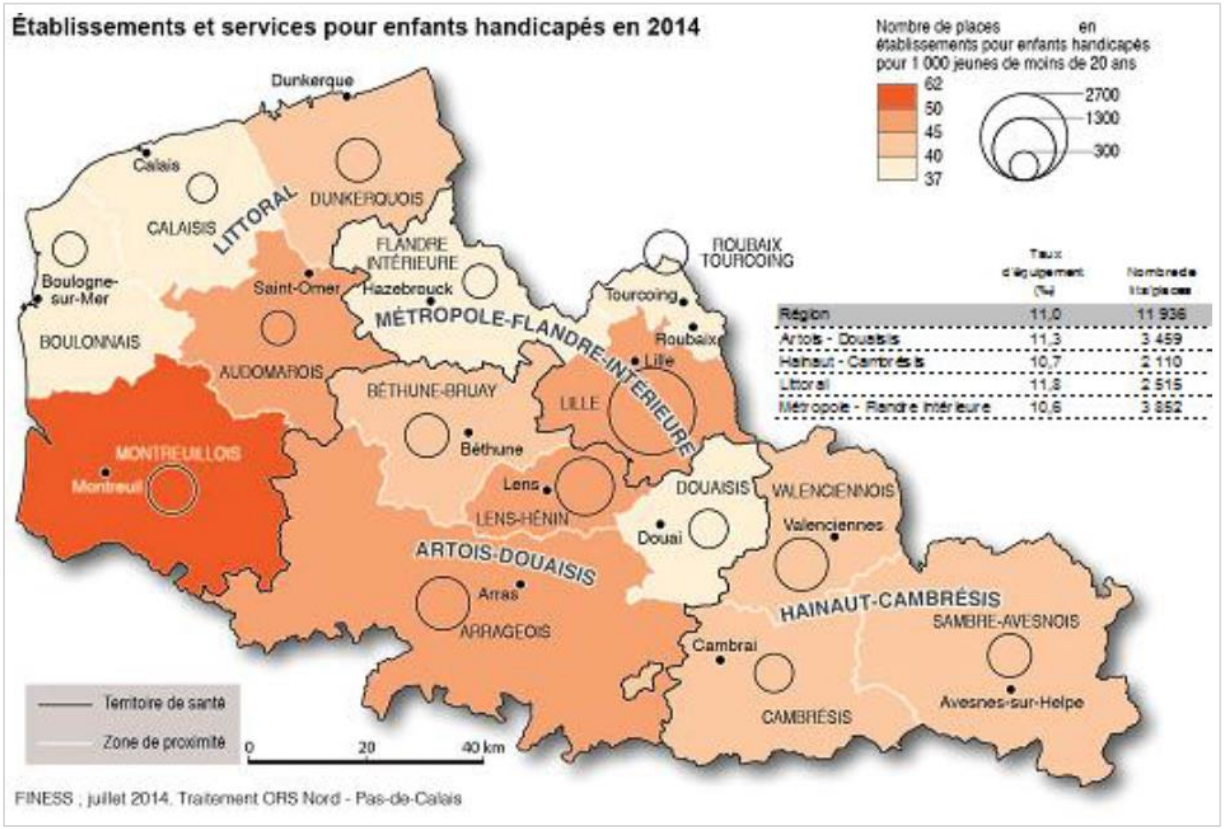
Lorsque le maintien à domicile n'est plus possible et qu'une prise en charge permanente médicalisée en établissement est nécessaire, différentes unités d'accueil existent dans les EHPAD ou USLD (Unité de Soins Longue Durée).

LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE DES PERSONNES AGEES

Depuis 2012, l'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) des Flandres a mis en place une coordination avec plusieurs secteurs de la psychiatrie adulte et notamment La Coordination transectorielle de psychogériatrie du littoral (CTPGL).

UN NOMBRE LIMITE DE PLACES EN ETABLISSEMENT POUR PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Que ce soit pour les adultes ou les enfants, les places d'hébergement sont peu nombreuses.

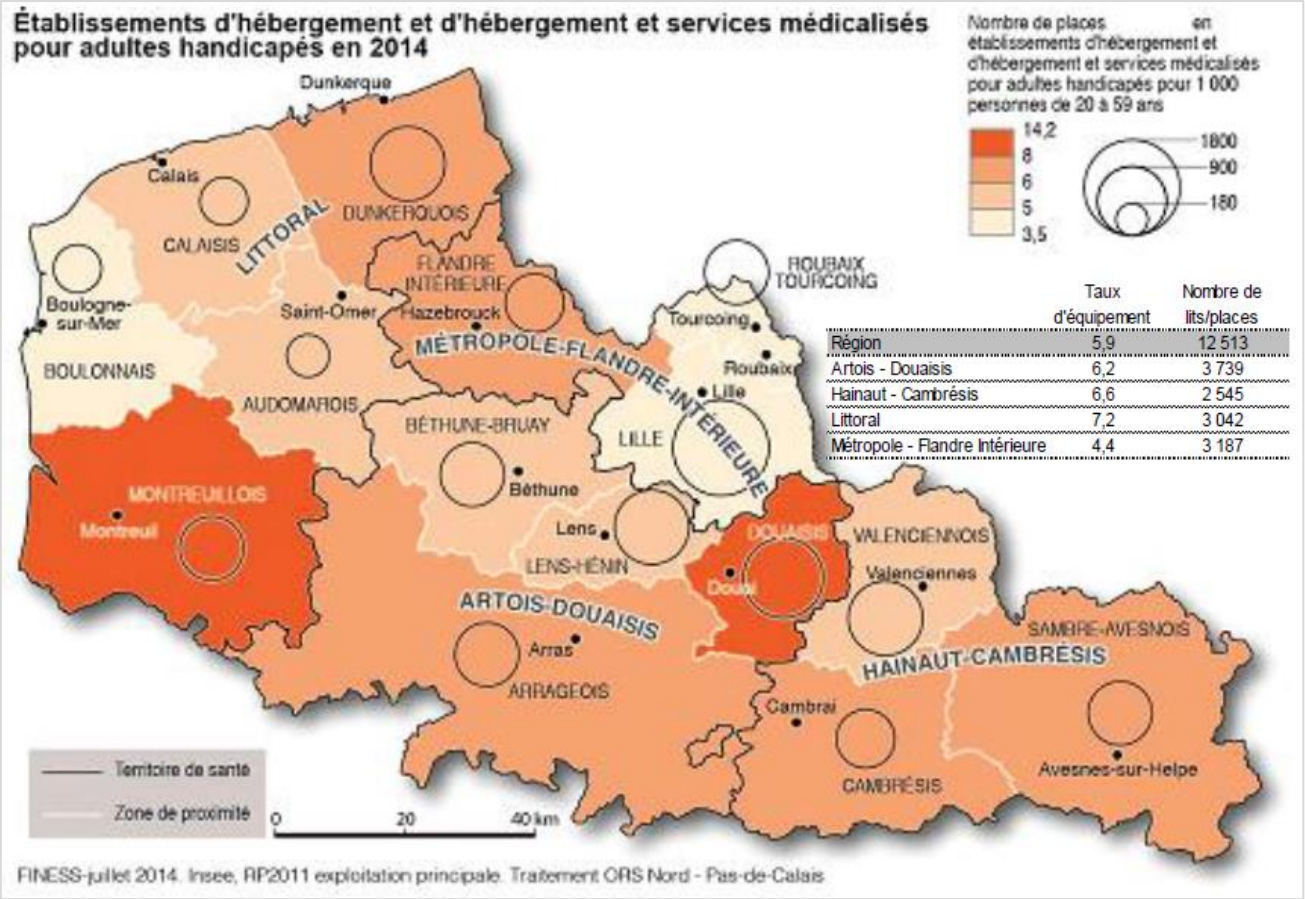


A noter la présence de **MECS**, **Maison d'enfants à caractère social**, sur le territoire : à Coudekerque - Branche, Dunkerque, Gravelines, Wormhout. Ce sont des établissements sociaux ou médico sociaux spécialisés dans l'accueil temporaire de mineurs en difficulté, gérée par l'AFEJI, et qui peut accueillir des jeunes en situation de handicap.

Etablissements d'hébergement pour les adultes handicapés

Type d'établissement		Structure de gestion	Raison sociale	Commune	Nb de places
Foyer Accueil Médicalisé		Papillons Blancs	Foyer d'Accueil Médicalisé Le Relais des Moëres	Téteghem	40
Foyer de vie		APF	Foyer de Vie Les Salines (APF)	Saint-Pol-sur-Mer	64
Foyer de vie		Papillons Blancs	Foyer de Vie Le Rex Meulen	Rexpoëde	18
Foyer de vie		AFEJI	Résidence Jean-Jacques Fairise	Grande-Synthe	57
Foyer d'hébergement		Papillons Blancs	Foyer Logement Appartements La Marelle	Grande-Synthe	32
Foyer de vie		AFEJI	la résidence des Pins	Ghyvelde	46
Maison d'Accueil Spécialisée		AFEJI	Maison d'Accueil Spécialisée La Dune aux Pins	Ghyvelde	62
Foyer d'hébergement		AFEJI	Résidence Rembrandt	Coudekerque-Branche	49
Maison d'Accueil Spécialisée		Institut Vancauwenberghe	Maison d'Accueil Spécialisée Le Trimaran Vancauwenberghe	Zuydcoote	45
Maison d'Accueil Temporaire		APAHM	Maison d'Accueil Temporaire L'Escale Résidence Michel TACCOËN	Zuydcoote	16
Foyer d'hébergement		Papillons Blancs	Foyer d'hébergement Le Comte Jean	Dunkerque	28
Foyer d'hébergement		Papillons Blancs	Foyer d'hébergement Le Bosquet	Dunkerque	32
Foyer d'hébergement		Papillons Blancs	Foyer d'hébergement Résidence Diapason	Dunkerque	8
Foyer d'hébergement		Papillons Blancs	Foyer d'hébergement Les Maisons du Comte Jean	Dunkerque	8
Foyer d'hébergement		Papillons Blancs	CHLD La Villa Balancine	Dunkerque	12
Foyer d'accompagnement		Papillons Blancs	Foyer d'Accompagnement Résidence Frédéric Dewulf	Dunkerque	43
Foyer d'hébergement		Papillons Blancs	Foyer d'Hébergement Résidence M.T. Tamboise	Dunkerque	18
Maison d'Accueil Spécialisée		AFEJI	Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) « la Méridienne »	Dunkerque	37
Foyer de vie		AFEJI	Foyer de vie la dune aux pin - la maison bleue	Leffrinckouque	10
Etablissements et Services d'Aide par le Travail (E.S.A.T.)	Accueil de jour	Papillons Blancs	ESAT Atelier du Pôle Est	Téteghem	
Etablissements et Services d'Aide par le Travail (E.S.A.T.)	Accueil de jour	Papillons Blancs	ESAT Atelier du Pôle Ouest	Grande-Synthe	
Etablissements et Services d'Aide par le Travail (E.S.A.T.)	Accueil de jour	AFEJI	ESAT Atelier du Westhoek	Loon-Plage	
Etablissements et Services d'Aide par le Travail (E.S.A.T.)	Acceuil de jour	AFEJI	AFEJI Laboratoire Chanflor	Grande-Synthe	

Service d'Accueil de Jour	Acceuil de jour	Papillon Blanc	Service d'Accueil de Jour Marc Anglade	Téteghem	
Service d'Accueil de Jour	Acceuil de jour	Papillon Blanc	Service d'Accueil de Jour Marc Anglade	Grande-Synthe	



Plusieurs structures d'accompagnement des adultes handicapés existent sur le territoire du SCoT et permettent le maintien à domicile. Les modalités de prise en charge des différentes politiques publiques évoluant, ces structures sont susceptibles de se développer à l'avenir, comme c'est le cas pour la prise en charge des personnes âgées.

Type d'établissement	Raison sociale	Commune	Nb de places
S.A.M.S.A.H.	SAMSAH	DUNKERQUE	20
S.A.V.S.	SAVS DUNKERQUE	DUNKERQUE	18
S.A.V.S.	SAVS "APAHM"	DUNKERQUE	320
S.S.I.A.D.	SSIAD DE DUNKERQUE	DUNKERQUE	
S.S.I.A.D.	SSIAD DE MAUBEUGE	DUNKERQUE	20
S.S.I.A.D.	SSIAD DE WORMHOUT	WORMHOUT	10
TOTAL			**388**

Equipement médicosocial du SCOT de la Région Flandre-Dunkerque
Source : FINESS 16/03/2015 ; M Dran (Etudes&Statistiques / ARS NPDC)

S.A.M.S.A.H. **:** Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés**.**
S.A.V.S. : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
S.S.I.A.D. : Services de Soins infirmiers A Domicile

CONCLUSION SUR L'OFFRE SANITAIRE

Si l'offre de soins n'apparait pas comme préoccupante sur le territoire, par rapport à la situation régionale, ou nationale, il semble malgré tout nécessaire d'être vigilant**. En effet, au regard du fonctionnement autocentré du système hospitalier et de l'enjeu de recours tardif aux soins des adultes, les questions de préventions apparaissent comme fondamentales.** Or, celles-ci ne peuvent être correctement conduites sans la présence de professionnels de santé généralistes et spécialistes sur le territoire.

Pour ce qui est de la prise en compte des publics spécifiques, depuis plusieurs années, les politiques publiques mettent l'accent sur **le maintien à domicile des personnes âgées et des personnes en situation de handicap**.

Les indicateurs auparavant observés (nombre de places en établissements spécialisés : EPADH, foyers logements etc.) ne sont plus pertinent.

Au-delà des services à la personne qui doivent se développer pour répondre à ces nouvelles logiques, ce changement de cap interroge sur le rôle de la ville :

- Faut-il adapter la ville au vieillissement ? (mise en réseau des espaces verts, adaptation du mobilier urbain etc.)
- Le parc de logement est-il adapté aux demandes à venir ?
- Comment prendre en compte la question de l'isolement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ?
- Comment leur favoriser l'accès aux soins ?

Il en est de même pour ce qui est de l'hôpital à domicile, des interventions en ambulatoire qui se développent et de la télémédecine.

Les structures médicales évoluent, il est donc nécessaire que les territoires s'adaptent et envisagent de nouveaux outils afin d'augmenter le niveau de service proposé aux populations.

CONCLUSION : CE QU'IL FAUT RETENIR

- LA SANTE DES ENFANTS & DES ADOLESCENTS

Le ralentissement de natalité se poursuit ; la maternité des femmes est plus précoce, ce qui entraine une entrée dans la vie active avancée. Le nombre de naissances prématurées diminue.

Les enfants de 4 ans apparaissent en bonne santé ; cependant la qualité de l'air apparait comme un élément perturbateur la fonction respiratoire des enfants résidants dans les secteurs impactés par la pollution.

Les jeunes de 12 à 25 ans sont en bonne santé ; la consommation de produits à risque des jeunes dans le Nord est plus faible que celle observée à l'échelon national.

En revanche, la situation concernant l'obésité est préoccupante.

Les accidents de la route sont la première cause de mortalité chez les jeunes, le suicide la seconde.

- LA SANTE DES ADULTES

La mortalité est supérieure de 24% par rapport à la moyenne nationale ; **la mortalité prématurée (avant 65 ans) est supérieure de 44%**.

Ce constat est corrélé à **la situation socio-économique des habitants**, à laquelle il faut **ajouter les facteurs environnementaux** de santé des territoires les plus urbains ou proche des industries.

La mortalité prématurée est accentuée par **des comportements individuels à risque** et par **un recours tardif aux soins.**

La morbidité suicidaire est plus forte en région Hauts-de-France qu'à l'échelle nationale.

1 habitant sur 4 des Hauts-de-France est touché par l'obésité. La relation entre obésité et revenus est inversement proportionnelle. Le rôle de l'environnement est vraisemblablement important dans l'apparition des symptômes de la maladie.

Les affections de longue durée (ALD) le plus souvent liées à des maladies chroniques, **sont plus importantes en Région que dans le reste de la France.**

- LA SANTE DES PLUS AGES

Le vieillissement de la population s'accentue, ce qui induit **une hausse prévisible de la dépendance**.

La prise en charge des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et l'accompagnement de leurs aidants est relativement bonne. La question du soutien aux aidants est primordiale.

- L'OFFRE SANITAIRE ET SOCIALE

Le nombre de médecins généralistes diminue ; en 2014, plus d'1 médecin sur 2 avait plus de 55 ans.

L'enjeu du vieillissement et du remplacement de ces praticiens est majeur ; par ailleurs, les médecins généralistes jouent un effet levier car ils créent de l'attractivité auprès de praticiens (infirmiers, kinésithérapeutes etc…) Qui s'installent dans un périmètre proche ce qui induit un autre enjeu.

Un nombre satisfaisant d'infirmiers libéraux est présent sur le territoire, on constate de **nouvelles installations de kinésithérapeutes**.

L'accès aux soins de premier recours[4] est de plus en plus difficile.

Certaines spécialités médicales et chirurgicales font défaut. Ceci est d'autant plus problématique que le territoire est dit « autocentré » en matière de soins, c'est-à-dire qu'il fonctionne en vase clos avec 81% des patients soignés sur place.

L'hospitalisation à domicile[5] progresse fortement.

Nombreux sont les acteurs qui interviennent dans la prise en charge des personnes âgées ; les difficultés majeures résident dans la coordination, la visibilité et la lisibilité des diverses propositions.

Différentes alternatives de modes de vie s'offrent aux personnes âgées : l'adaptation du logement et ou l'offre de soins à domicile qui offrent la possibilité de rester chez soi, le béguinage, l'accueil familial, la résidence-autonomie, l'EHPAD etc

Le nombre de places proposé en EHPAD est faible.

L'offre d'établissements pour les personnes en situation de handicap, pour enfant comme pour adultes, est insuffisante.

QUELLE MISE A JOUR DES DONNEES SUR LE LONG TERME ?

Ce diagnostic réalisé en 2014-2016, expose des chiffres qui peuvent paraître anciens. Mais les données de santé sont des données complexes à obtenir du fait notamment de la protection des personnes et de la difficulté à produire des données dites « robustes » pertinente dans son analyse. A noter qu'en 2021, les grandes tendances sont similaires.

C'est en partie suite à ce constat que les élus de la Communauté Urbaine de Dunkerque se sont mobilisés pour la création d'un Observatoire Local de Santé (OLS).

Créé par l'Espace Santé du Littoral en 2018, il a pris une nouvelle ampleur en 2020 en tant qu'action de de Territoire D'innovation : Dunkerque l'Energie Créative.

L'OLS poursuit différents objectifs : récolter et analyser des données relatives à la santé des populations, récolter des données inédites sur les liens entre qualité de l'air et santé et mobiliser et impliquer les habitants sur ces sujets. Dans le cadre de ces travaux, l'OLS sera en mesure de mettre à jour le diagnostic santé au début de la mise en œuvre du PLUiHD et de proposer un suivi des indicateurs qui ont été définis sur la thématique.

[4] Les soins de premiers recours désignent les soins de proximité.
[5] Le service d'hospitalisation à domicile est une structure intermédiaire entre l'hôpital et les soins de ville. L'objectif étant de réduire la durée de séjour à l'hôpital.

CE QUE REVELE L'ETAT DES LIEUX	ENJEUX SOULEVES PAR LA THEMATIQUE	QUELS LIENS EMERGENT AVEC LES AUTRES THEMATIQUES ?	Leviers SANTE - PACET
Les enfants et les personnes sensibles (ex personnes âgées) sont particulièrement sensibles à la qualité de l'air	Quelles actions peuvent être mises en œuvre pour limiter leur exposition à une mauvaise qualité de l'air ?	La localisation des équipements (scolaires etc..) existants ou à venir doit être éloignée des sources émettrices de pollution.	Croiser les secteurs de projet avec les cartes Air et Bruit afin de limiter l'exposition des populations. Mettre en œuvre des prescriptions spécifiques dans les OAP sectorielles qui le nécessitent. *(déterminants environnementaux de la santé impactés : Air et bruit)*
La surcharge pondérale est assez répandue chez les jeunes comme chez les adultes	Les démarches de prévention doivent être amplifiées : pratique sportive, alimentation saine…	L'aménagement des espaces publics de la ville peut être favorable à la santé, car ils encouragent les déplacements actifs et les pratiques sportives. Le développement des jardins partagés et espace de production vivrière peu favoriser une alimentation plus saine.	Mailler les quartiers afin de favoriser les déplacements actifs : prévoir les déplacements doux dans les OAP sectorielles, imposer des parkings vélo. Rendre les espaces verts accessibles et attractifs : rendre accessible les espaces existants, prévoir de nouveaux espaces dans les secteurs de projet. Rendre la ville accessible à tous, en travaillant notamment sur le partage de la voirie et la sécurité des usagers : décliner ce principe dans l'OAP thématique déplacements. Favoriser le développement des jardins partagés et les espaces de production vivrière proches des populations afin de favoriser une alimentation saine : identifier les secteurs de projet pouvant les accueillir, adapter le règlement afin de permettre cet usage des sols et protéger les espaces occupés par cette activité par un zonage adapté.

			(déterminants de la santé impactés : Activité physique, espaces verts et espaces de rencontre, alimentation saine, facteurs socio –économiques, inégalités de santé)
Les indicateurs de mortalité et de mortalité prématurée sont plus forts sur le territoire qu'à l'échelle nationale	La situation socio-économique, les facteurs environnementaux expliquent cette situation	La prévention mériterait d'être intensifiée pour éviter notamment le recours tardif aux soins ou encore prévenir les comportements individuels à risque. La localisation des structures d'accompagnement et de prévention au plus près des personnes est un enjeu majeur d'aménagement du territoire ; le maillage et la visibilité des équipements en est un second.	Rendre possible l'implantation de structures de soins aux plus près des habitants, en favorisant la mixité fonctionnelle des projets et programmes : permettre l'implantation de ce type d'équipements dans les secteurs de projet, faciliter l'installation des professionnels et/ou la mise aux normes de leurs locaux par un règlement adapté. *(déterminants de la santé impactés : facteurs socio –économiques, inégalités de santé)*
La dépendance des personnes âgées va s'accentuer		La programmation de logements qui répondent aux besoins de cette population actuelle et à venir et l'adaptation du parc existant sont primordiaux. La mobilité et l'autonomie sont à anticiper dans les aménagements et dans l'accompagnement social. Elle représente une source potentielle importante d'emplois, des enjeux de formation en découlent.	Intégrer l'enjeu du vieillissement de la population dans la programmation de logements : intégrer cet enjeu dans l'OAP Habitat. Rendre la ville accessible à tous par une amélioration de la lisibilité des espaces publics et en améliorant la sécurité de tous les usagers : intégrer cet enjeu dans l'OAP Déplacement *(déterminants de la santé impactés : logement, sécurité et sureté, facteurs socio –économiques, inégalités de santé).*
A la diminution du nombre de médecins généralistes s'ajoute le vieillissement	Une politique pro active d'accueil et d'installation de nouveaux professionnels et	Les questions d'attractivité résidentielle et économique pour les familles et les conjoints des praticiens peuvent être soulevées	Travailler à l'attractivité du territoire pour favoriser l'implantation de nouveaux professionnels de santé.

préoccupant de ces mêmes professionnels	leurs familles peut infléchir la tendance.	Le changement d'image peut être à l'origine d'une nouvelle dynamique d'attractivité.	Favoriser et/aider à l'implantation de professionnels de santé au plus près des habitants. *(déterminants de la santé impactés : facteurs socio –économiques, inégalités de santé, facteurs environnementaux : air, bruit, biodiversité etc.).*
Les médecins généralistes ont tendance à attirer eux-mêmes une offre de soins de proximité riche autour d'eux	Cette profession génère une attractivité, créant un cercle vertueux de nouvelles installations qui contribuent à l'amélioration de l'offre de soins		
L'accès aux soins de premier recours est de plus en plus difficile.	Les difficultés d'accès à ces soins sont directement corrélées à la diminution de médecins généralistes, puisque ce qu'ils constituent le premier maillon de la chaine de soins.	Créer les conditions favorables d'accueil des médecins généralistes est primordiale pour assurer un fonctionnement efficace des parcours de soin en ville et à l'hôpital.	
Certaines spécialités médicales et chirurgicales sont trop rares	Une politique pro active d'accueil et d'installation de nouveaux professionnels et leurs familles peut infléchir la tendance.	Les questions d'attractivité résidentielle et économique pour les familles et les conjoints des praticiens peuvent être soulevées Le changement d'image peut être à l'origine d'une nouvelle dynamique d'attractivité.	
81% des patients sont soignés sur le territoire	Ce qui induit un risque que la population ne se déplace pas pour satisfaire ses besoins de soins (offre de soin absente du territoire) et donc un potentiel	A nouveau cela interroge la question de l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé.	Intégrer les enjeux de déplacement liés à la demande de soins dans le plan de déplacement urbain.

	de recours tardif aux soins ou à une mortalité précoce	Travailler à une meilleure offre de transport, spécifique pour les demandes de soins.	*(déterminants de la santé impactés : facteurs socio –économiques, inégalités de santé).*
Le nombre de places offertes en EHPAD ou en établissements pour les personnes en situation de handicap est insuffisant	Ce constat peut être compensé par une offre de logements adaptés, situé à proximité des commerces et services, qui répondent ainsi aux enjeux d'inclusion sociale.		Intégrer l'enjeu des besoins des populations fragiles dans la programmation de logements. *(déterminants de la santé impactés : logement, sécurité et sureté, facteurs socio –économiques, inégalités de santé).*