

Enquête

LA SANTÉ : QUELLE(S) RÉALITÉ(S) ?

2025 - 2026

Hauts-de-France





Imprimé en septembre 2026



Imprimé en septembre 2026



SOMMAIRE

Edito	10
Avant-propos.....	12
Remerciements	14
PARTIE I — Diagnostic territorial : une région de santé en tension	16
Chapitre 1 — Une démographie médicale en tension	16
1.1 Une démographie médicale contrastée.....	16
1.1.1 Une répartition inégale entre les départements.....	16
1.1.2 Un contre-exemple régional face au « rebond » national	17
1.1.3 Le recours accru aux Praticiens Diplômés Hors Union Européenne (PADHUE).....	18
1.1.4 Un vieillissement marqué de la profession	18
1.1.5 Répartition par mode d'activité.....	18
1.1.6 Les leviers à mobiliser	18
Chapitre 2 — Une santé à deux vitesses : La géographie des inégalités	19
2.1 Des départements sous tension.....	19
2.1.1 Zoom sur les territoires de l'enquête "La santé : quelle(s) réalité(s) ?	19
2.1.2 Le code postal dicte la santé : comprendre les mécanismes.....	21
Chapitre 3 — Les structures de coopération territoriale	22
3.1 État des lieux du déploiement des différents dispositifs d'aide à la coordination et à l'accès aux soins	22
3.1.1 CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé).....	23
3.1.2 MSP (Maison de Santé Pluriprofessionnelle).....	24
3.1.3 ESS (Équipe de Soins Spécialisés).....	25
3.1.4 SECPA (Structure d'Exercice Coordonné Participative)	26
3.1.5 Centre de Santé	27
3.1.6 CMP (Centre médico-psychologique)	28
3.1.7 SAS (Service d'Accès aux Soins)	29
3.1.8 DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination).....	30
3.1.9 CLS (Contrat Local de Santé)	32
3.1.10 CLSM (Conseil Local de Santé Mentale)	33
3.1.11 PTSM (Projet Territorial de Santé Mentale).....	34
3.1.12 CRT (Centre de Ressource Territorial).....	35



3.2 Inventaire des dispositifs en région pour inciter les professionnels de santé à s'installer sur le territoire	36
3.2.1 Le cas spécifique des médecins généralistes et spécialistes	37
3.2.2 Des contrats incitatifs pour les autres professions de santé.....	38
A. Les infirmiers libéraux : une pénurie structurelle étendue	38
B. Les chirurgiens-dentistes : une inégalité d'accès aux soins bucco-dentaires	39
C. Les sages-femmes : un maillage territorial à renforcer pour la périnatalité.....	40
D. Les masseurs-kinésithérapeutes : entre saturation urbaine et déserts ruraux	41
E. Les orthophonistes : des délais d'attente critiques dans les zones sous-denses	42
3.2.3 Synthèse : Une réponse différenciée selon les spécificités locales	42
PARTIE II — De 2012 à 2026 : l'évolution du rapport des usagers au système de santé.....	43
Chapitre 1 — Comparatif 2012 – 2026 : évolutions des pratiques et permanence des freins ...	43
1.1 Contexte : de l'observation ponctuelle à la photographie régionale.....	43
1.2 Une méthodologie adaptée aux enjeux actuels.....	43
1.3 Limites méthodologiques et transparence : ce que l'enquête ne capture pas	44
1.4 Les axes de comparaison : continuité et rupture.....	45
1.5 L'apport majeur : du classement statistique au profilage sociologique	45
1.6 Évolution des résultats : ce qui a changé (et ce qui s'est aggravé) depuis 2012	46
1.6.1 Une redéfinition de la santé : vers une approche globale contrainte	46
1.6.2 L'accès aux soins : la fin du "libre choix", l'ère de la "disponibilité"	46
1.6.3 Des obstacles multipliés : de la barrière financière à la saturation mentale	46
1.6.4 Stratégies et parcours : l'ingéniosité face à l'effritement de la relation de soin	46
1.6.5 Le numérique : de l'outil d'information au passage obligé excluant.....	47
1.6.6 Santé mentale : la libération de la parole face au mur des soins	47
Chapitre 2 — La voix des acteurs de terrain : enseignements tirés des entretiens exploratoires	48
2.1 Les sujets les plus récurrents.....	49
2.1.1 L'accès aux rendez-vous n'est pas simple	49
2.1.2 Les médecins traitants	50
2.1.3 La santé mentale	51
2.1.4 « Avoir la chance de ... » sur son territoire	51
2.2 Conclusion de l'analyse des entretiens professionnels : vers la validation des hypothèses de terrain.....	51
2.2.1 Une santé à géométrie variable selon le regard de l'acteur	51



2.2.2 Le constat d'un système sous tension : entre "chance" et "rupture"	52
2.2.3 La santé mentale : le nouveau point de rupture	52
2.2.4 Transition vers les hypothèses de travail	52
2.3 Les hypothèses de travail : du discours professionnel à la vérification sur le terrain	52
2.3.1 Hypothèse 1 : La confiance entre pairs comme vecteur unique de communication .	53
2.3.2 Hypothèse 2 : les urgences comme stratégie de soin par défaut	53
2.3.3 Hypothèse 3 : l'effet COVID – Entre amélioration des processus et fatigue chronique	53
2.3.4 Hypothèse 4 : le renoncement aux soins, nouvelle norme silencieuse	54
2.3.5 Hypothèse 5 : la santé mentale – une construction sociale encore invisibilisée par les usagers ?	54
2.3.6 Hypothèse 6 : le CCAS comme dernier rempart de la proximité sociale	55
3.1 Le PRS à l'épreuve du réel : premiers écarts constatés.....	55
3.1.1 Prévention promotionnelle versus déterminants sociaux de la santé : la nécessité d'une approche contextualisée	55
3.1.2 Structuration de l'offre versus fragmentation de l'accès aux soins	57
3.1.3 Démocratie sanitaire institutionnelle versus confiance de proximité.....	57
Partie III — Synthèse régionale des focus groupes.....	58
Chapitre 1 — La rupture d'accès : du désert médical à l'impossibilité d'être soigné	59
1.1 Un désert médical qui change de visage.....	59
1.2 La fin du libre choix : l'ère de la disponibilité.....	59
1.3 Les spécialistes : le nouveau visage du désert médical.....	60
1.4 Une santé vécue comme une loterie territoriale.....	61
Chapitre 2 — La rupture sociale : quand les déterminants économiques écrasent la prévention	62
2.1 Une santé profondément conditionnée par les réalités sociales	62
2.2 L'injonction paradoxale de la prévention	62
2.3 Choisir entre manger et se soigner	63
2.4 Le renoncement aux soins : une réalité banalisée	64
2.5 Les femmes face à une accumulation de contraintes	65
2.6 Une jeunesse confrontée à de nouvelles vulnérabilités	65
2.7 Des déterminants sociaux plus puissants que les recommandations	66
Chapitre 3 – La rupture de sens : quand l'information, le numérique et les institutions ne suffisent plus	67



3.1 Un système de santé devenu difficile à comprendre	67
3.2 La fracture numérique : un nouvel enjeu d'inégalités	67
3.3 Doctolib : facilitateur pour les uns, barrière pour les autres	68
3.4 Mon Espace Santé : un dispositif largement invisible	68
3.5 Internet et l'intelligence artificielle : les nouveaux intermédiaires du soin	69
3.6 Quand la confiance quitte les institutions pour revenir au terrain	69
3.7 Une démocratie sanitaire invisible pour les habitants	70
3.8 Une rupture de sens qui fragilise les parcours	71
Chapitre 4 — La santé mentale : le révélateur des tensions entre besoins croissants, offre disponible et parcours vécus	72
4.1 Une parole qui se libère mais une demande qui se heurte aux limites du système	72
4.2 Une santé mentale fortement influencée par les conditions sociales et territoriales	73
4.3 Une offre en tension : entre besoins identifiés et accès effectif à une réponse	73
4.4 Les dispositifs existants face aux réalités vécues : entre accessibilité théorique et accessibilité réelle	74
4.5 Le coût : une rupture supplémentaire dans les parcours psychologiques	75
4.6 Les proches et les acteurs de proximité : des relais essentiels dans les parcours	75
4.7 Les réponses alternatives : quand les habitants cherchent eux-mêmes des solutions ...	76
Chapitre 5 — Les stratégies de survie : comment les habitants reconstruisent leur parcours de santé face aux ruptures du système	78
5.1 Des usagers qui ne renoncent pas : l'adaptation comme réponse aux ruptures de parcours	78
5.2 La mobilité médicale contrainte : aller chercher le soin là où il existe	79
5.3 La mobilité médicale : une conséquence de la fragmentation des parcours	79
5.4 Le « système D » professionnalisé : quand contourner devient une compétence nécessaire	80
5.5 Le transfert de compétences des professionnels de santé : quand les usagers élargissent les portes d'entrée du soin	80
5.6 Les réseaux personnels : la santé comme affaire de relations	81
5.7 Les démarches répétées : la charge invisible du parcours de santé	81
5.8 Les urgences : un recours révélateur d'un parcours interrompu	81
Chapitre 6 – Les enseignements transversaux : ce que les focus groupes apportent à la compréhension des parcours de santé en Hauts-de-France	83
6.1 Les ruptures de parcours s'accroissent et se renforcent mutuellement	83



6.2 L'accès aux soins dépend autant de l'offre disponible que de la capacité à la mobiliser .	84
6.3 Les ressources de proximité jouent un rôle déterminant dans la continuité des parcours	84
6.4 Les focus groupes éclairent les priorités du Projet Régional de Santé et appellent à un élargissement de la démocratie en santé	85
Partie IV — De la synthèse à l'action : le chantier des recommandations à venir – premières pistes	86
Références	88
Annexes.....	90
Modèle de courrier – Prise de contact des communes et intercommunalités	90
Flyer focus groupes	92
Grille d'entretien	94





Edito

Il y a bientôt dix ans que les Collectifs Interassociatifs Sur la Santé (CISS) de notre région – le CISS Picardie et le CISS Nord-Pas-de-Calais – menaient leurs dernières enquêtes de terrain auprès des habitants des Hauts-de-France. Dix ans, c'est le temps d'une génération de politiques de santé, de réformes de l'organisation des soins, de dispositifs annoncés puis retravaillés. C'est aussi, trop souvent, le temps d'un silence : celui dans lequel s'installe la distance entre ce que l'on décide pour les usagers et ce que les usagers vivent réellement.

C'est ce silence que nous avons voulu rompre en relançant, en 2025 et 2026, la méthodologie de l'Observatoire territorial des usagers de la santé. Ce choix n'est pas anodin. Il est un acte politique autant qu'une démarche scientifique : celui d'aller reprendre, presque dix ans après, le pouls réel de notre région en matière de santé – au-delà des chiffres que l'on cite en réunion, au-delà des discours que l'on tient en préfecture ou en agence régionale, au-delà des éléments de langage que se renvoient, parfois avec bonne foi, décideurs et institutions. Les statistiques de la DREES et les cartographies de zonages nous disent où sont les déserts médicaux. Elles ne nous disent presque rien de ce que signifie, concrètement, renoncer à un rendez-vous faute de pouvoir payer l'avance de frais, ou choisir entre remplir son réservoir de voiture et consulter un spécialiste à quarante kilomètres de chez soi.

Cette photographie-là, seuls les habitants pouvaient nous la donner. C'est pourquoi nous sommes allés à leur rencontre, dans sept territoires choisis pour leur diversité, en écoutant d'abord celles et ceux qui, au quotidien, sont en première ligne – professionnels de santé, travailleurs sociaux, élus locaux, coordinateurs de contrats locaux de santé et de conseils locaux de santé mentale – avant de donner directement la parole aux usagers eux-mêmes, dans des focus groupes pensés comme des espaces de confiance plutôt que comme des enquêtes descendantes. Cette méthode, exigeante, est fidèle à ce que nous sommes : France Assos Santé n'est pas seulement un interlocuteur institutionnel de plus dans le paysage sanitaire régional. Nous sommes, statutairement et par conviction, la voix des usagers.

Cet observatoire s'inscrit ainsi pleinement dans notre fonction de veille et d'alerte sur l'état de la santé en région, que nous exerçons depuis plus de dix ans avec constance. Il est aussi, je tiens à le souligner avec une fierté toute particulière, le fruit d'un travail collectif et interassociatif de longue haleine : celui de nos plus de 70 associations membres, de nos représentants des usagers présents dans les instances de démocratie sanitaire de la région, de notre équipe salariée et de nos partenaires, qui ont accepté de consacrer du temps, de l'expertise et de la confiance à ce projet exigeant. C'est cette diversité de regards et d'expériences associatives, mise en commun, qui donne à cette synthèse sa légitimité et sa force.

Ce diagnostic ne peut rester sans suite. De ce travail d'écoute naissent des pistes de recommandations, que j'aurais l'occasion de présenter lors de notre rencontre régionale sur 1^{er} octobre 2026. Ces pistes ne sortent pas de nulle part : elles prolongent ce que nos adhérents et nos représentants des usagers portent déjà, de longue date, au sein de nos instances, et elles s'articulent avec le Projet Régional de Santé, dont elles entendent nourrir la prochaine révision.



Redonner la parole aux habitants n'est pas un exercice de style. C'est un préalable démocratique à toute politique de santé qui prétend agir en leur nom. Puisse cette synthèse y contribuer, et nourrir, dans les années qui viennent, un prochain Projet Régional de Santé à la hauteur de ce que nos concitoyens nous ont confié. Notre ambition est que les enseignements de cette enquête soient entendus, débattus démocratiquement et transformés en actions avec une seule exigence : permettre à chacun et chacune d'accéder à la santé dans des conditions équitables et respectueuses de ses droits.



Pierre-Marie LEBRUN

Président de France Assos Santé Hauts-de-France



Avant-propos

France Assos Santé est le nom de marque choisi par l'Union Nationale des Associations Agréées d'Usagers du Système de Santé (UNAASS) afin de faire connaître son action comme organisation de référence pour représenter les patients et les usagers du système de santé et défendre leurs intérêts. Forte d'une mission officiellement reconnue par son inscription dans le Code de la santé publique via la loi du 26 janvier 2016, l'UNAASS a été créée en mars 2017 dans la continuité d'une mobilisation de plus de 20 ans pour construire et faire reconnaître une représentation des usagers inter associative solide.

Héritière du Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS), France Assos Santé regroupe plusieurs centaines d'associations nationales et régionales qui agissent pour les droits des malades, l'accès aux soins et la qualité du système de santé. Elle porte haut et fort la voix des usagers, les représente et défend, en leur nom, des propositions concrètes au sein des instances représentatives et auprès des pouvoirs publics. La volonté du collectif est ainsi de permettre que s'exprime la vision des usagers sur les problématiques de santé qui les concernent, par une voix puissante, audible et faisant la synthèse des différentes sensibilités afin de toujours viser au plus juste de l'intérêt commun.

Les instances nationales sont constituées de représentants élus issus des associations membres. Ces associations membres couvrent tous les champs du domaine de la santé.

Les délégations régionales sont constituées de représentations régionales ou territoriales d'associations membres au niveau national et d'associations purement régionales ou territoriales. Au 31 décembre 2025, la délégation France Assos Santé Hauts-de-France compte 73 associations membres qui constituent l'Assemblée Régionale.

Depuis plus de dix ans, France Assos Santé Hauts-de-France s'engage dans une démarche active d'écoute des usagers du système de santé. De 2013 à 2017, nous avons réalisé une première enquête pour comprendre le parcours de soins et les difficultés d'accès au système de santé des usagers dans l'ensemble des Hauts-de-France. Cette enquête a été très riche d'apprentissage et nous a permis d'étayer notre plaidoyer et de mobiliser les représentants des usagers et les institutions publiques autour des inégalités territoriales d'accès aux soins, des transformations du système de santé et des parcours de santé. Cette enquête avait été réalisée dans ces cinq communes : Douchy-les-Mines, Fruges / Hucqueliers, Saint-Quentin, Compiègne et Amiens. Les territoires ont été choisis pour refléter la diversité des contextes rencontrés dans la région, tout en s'appuyant sur un socle d'études antérieures afin d'en assurer la continuité.

En lien avec les travaux initiés dès 2012, elle porte une attention constante à la parole des citoyens sur leurs parcours de soins et leurs difficultés d'accès. La région Hauts-de-France est confrontée à de fortes inégalités territoriales d'accès aux soins, à la persistance de déserts médicaux, et à la mise en place progressive de nouveaux dispositifs de coordination des soins (CPTS, Services d'Accès aux Soins – SAS, développement d'outils numériques...). Ces transformations rendent les parcours de santé plus complexes à appréhender pour de nombreux usagers. Depuis quelques années nos adhérents nous alertent sur la difficulté d'accéder à un médecin généraliste ou un spécialiste. Nous l'avons vérifié en 2020 par le biais d'un sondage



réalisé sur un échantillon représentatif de 800 usagers¹. Dans ce sondage, 6 habitants sur 10 évoquaient un renoncement ou un report de soin dû à la difficulté de consulter.

En 2022, lors d'une journée régionale la délégation se posait déjà la question "Qui pour me soigner ?" autour des thématiques de déserts médicaux mais aussi en interrogeant l'efficacité des solutions proposées par les autorités de santé et les professionnels et bien sûr les conséquences pour les usagers.

Le projet d'enquête "La santé : quelle(s) réalité(s) ?" s'inscrit donc dans le prolongement des enquêtes précédentes mais aussi des réflexions menées notamment lors de notre journée régionale de 2022 et vise à mettre la voix des habitants au cœur de l'action collective sur l'organisation des soins et de la santé grâce à un projet de recherche qualitative, mené avec et pour les usagers. Ainsi, en 2025/2026, nous renouvelons la méthode d'observatoire territorial des usagers de la santé (OTUS) afin de réinterroger les habitants sur leur rapport au système de santé, leur accès aux soins et à la prévention ainsi que leurs attentes à l'égard des dispositifs en place, cet observatoire aura pour objectif d'éclairer les politiques publiques en termes de santé et d'accès aux soins et notamment les futures orientations du prochain Projet Régional de Santé (PRS).

Cette enquête a été pensée en deux grandes phases, d'abord une phase exploratoire par entretiens auprès de personnes ressources des territoires qui connaissent les problématiques de santé afférentes et spécifiques aux communes ciblées et qui travaillent quotidiennement auprès des habitants. Dans le cadre de ce travail exploratoire, nous avons pris contact avec les communes et intercommunalités des 7 territoires ciblés pour l'enquête par courriers doublés de courriels afin de solliciter leurs concours pour être mis en relation avec des personnes ressources. Nous avons alors mené 17 entretiens avec des coordinatrices de CLS, CLSM, des salariés dans des CCAS, des élus à la santé, un coordinateur d'une CPTS, une psychologue, ... De multiples profils afin de pouvoir avoir une vision élargie de la santé sur les territoires. La grille d'entretien utilisée s'est basée sur le PRS (projet régional de santé) 2018-2028 de la région. Notre volonté étant d'interroger dès le lancement de l'enquête les impacts perçus du PRS et de préparer l'animation de la deuxième phase de l'enquête, à savoir les focus groupes auprès des usagers.

Pour la deuxième phase de l'enquête, nous nous sommes appuyés sur les collectivités territoriales ciblées et personnes entretenues en première phase pour coconstruire des focus groupes qui ont été menés par un binôme constitué d'une salariée de la délégation et d'un prestataire. La mission du prestataire, choisi en novembre 2025 à l'issue d'une mise en concurrence lancée en septembre 2025, a porté sur l'animation, l'exploitation et l'analyse de focus groupes visant à recueillir la parole des usagers sur leur expérience du système de santé.

¹ BVA. (2020, janvier). *L'accès aux soins dans les Hauts-de-France* [Rapport d'étude]. France Assos Santé.
<https://hauts-de-france.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/sites/12/2020/02/BVA-pour-France-Assos-sante-Acces-aux-soins-dans-les-Hauts-de-France-Janvier-2020.pdf>



Remerciements

L'enquête régionale "La Santé : quelle(s) réalité(s) ?" menée par France Assos Santé Hauts-de-France, est le fruit d'un travail collectif et interassociatif conduit sur plusieurs mois. Cette synthèse régionale n'aurait pu voir le jour sans l'engagement et le soutien de nombreux acteurs, que nous tenons à remercier chaleureusement.

Nos remerciements s'adressent en premier lieu aux élus de la délégation, membres du bureau régional de France Assos Santé Hauts-de-France, et tout particulièrement à Pierre-Marie LEBRUN, président de France Assos Santé Hauts-de-France, instigateur de l'enquête, représentant des usagers et membre du comité régional au nom de l'association URAF Hauts-de-France, ainsi qu'à Olivier DAUPTAIN, vice-président de France Assos Santé Hauts-de-France, représentant des usagers et membre du comité régional au nom de l'association Le Lien. Leur impulsion a été déterminante dans le lancement de cette enquête et dans toute sa réalisation.

Nous remercions également les membres du comité de pilotage (COPIL), qui ont accompagné l'enquête de sa conception à sa restitution : Sylvain DERENSY, directeur de la FEMAS Hauts-de-France ; Noémie POULAIN-BERCY, responsable du service démocratie en santé et gouvernance à la direction de la stratégie et des territoires (DST) ; Emmanuelle MAHIEU-DEFEVER, directrice adjointe de la DST ; Mélanie LERICHE, chargée de mission démographie des professionnels de santé au service accès aux soins sur les territoires, parcours coordonnés et coopérations, direction de l'offre de soins ; ainsi que Eric BULEUX-OSMANN, représentant des usagers et membre du comité régional au nom de l'association Transhépate ; Nadine DELMOTTE, représentante des usagers et membre du comité régional au nom de l'association ADEP IR ; Philippe COCHET, représentant des usagers et membre du comité régional au nom de l'association APF France handicap et Yvon LEMARQUAND, représentant des usagers et membre du comité régional au nom de l'association CLCV.

Nous remercions sincèrement l'Agence Régionale de Santé (ARS) Hauts-de-France, sa direction générale et les équipes de ses différentes directions, pour l'intérêt porté à cette enquête dès ses prémices, pour le financement ayant permis le recours à un prestataire pour la réalisation des focus groupes, ainsi que pour le soutien technique apporté tout au long du projet.

Cette édition 2026 s'inscrit dans la continuité des enquêtes menées entre 2012 et 2017 par le Collectif Interassociatif sur la Santé (CISS) Picardie, le CISS Nord-Pas-de-Calais, puis France Assos Santé Hauts-de-France : nous saluons le travail des équipes qui ont porté ces précédentes enquêtes et posé les bases sur lesquelles s'appuie la présente édition.

La réalisation des focus groupes a également reposé sur la mobilisation de nombreux partenaires de terrain, présents sur l'ensemble des territoires, qui ont contribué à la cooptation des participants : les centres hospitaliers, les missions locales, les collectivités territoriales - salariés comme élus -, les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), les conseils locaux de santé mentale (CLSM) et les contrats locaux de santé (CLS). Nous les remercions pour leur disponibilité et leur implication, précieuses pour aller à la rencontre des usagers dans toute leur diversité.

Nos remerciements vont aussi au cabinet HB Etudes et Conseils, à qui le comité de pilotage a confié la réalisation des focus groupes, pour la qualité de son travail et de son accompagnement.



Nous remercions l'équipe nationale de France Assos Santé pour son appui précieux tout au long de l'enquête : Sylvain FERNANDEZ-CURIEL, coordinateur national ; Sophie CALMETTES, responsable animation du réseau et coordination du plaidoyer ; Anne TAQUET, conseillère offre de soins ; Arthur DAUPHIN, conseiller numérique en santé ; Féreuze AZZIZA, conseillère mission assurance maladie et Stéphanie PIERRE, conseillère plaidoyer santé publique / fin de vie. Nos remerciements s'adressent également à Nicolas NAIDITCH, sociologue, consultant en charge de l'accompagnement méthodologique des enquêtes auprès de France Assos Santé.

Nous adressons nos remerciements les plus chaleureux à l'équipe salariée de France Assos Santé Hauts-de-France, pleinement mobilisée tout au long de ce projet : Maureen POLLART, coordinatrice régionale, en charge du pilotage global de l'enquête ; Marie ADAMY, chargée de mission, pour son engagement dans l'enquête, l'analyse des données et la rédaction de cette synthèse régionale ; Laureen GAJEK, chargée de mission, pour l'appui à la méthodologie de projet et au suivi des indicateurs ; ainsi qu'Amélie LAROCHE, chargée de gestion administrative jusqu'en novembre 2025, puis Chloé DUPERRET, chargée de gestion administrative à compter de cette date pour le soutien technique et administratif.

Enfin, nous adressons un remerciement tout particulier aux usagers qui nous ont fait confiance et ont accepté de participer à ces focus groupes. Leur parole et le partage de leur expérience constituent le cœur de cette enquête et donnent tout leur sens aux résultats présentés dans cette synthèse.

Cette enquête illustre la force du travail collectif et interassociatif qui anime France Assos Santé. C'est la richesse de notre union d'associations, et la diversité des regards et des expériences qu'elle rassemble, qui fait la force des positions que nous allons défendre tout au long de cette enquête et des recommandations qui en découleront.

Que toutes celles et tous ceux qui, par leur engagement, leur expertise ou leur soutien, ont contribué à la réalisation de cette enquête et à l'élaboration de cette synthèse régionale, trouvent ici l'expression de notre sincère gratitude.



PARTIE I — Diagnostic territorial : une région de santé en tension

Chapitre 1 — Une démographie médicale en tension²

Au 1er janvier 2026, 343 562 médecins sont inscrits au Tableau de l'Ordre des médecins. Toutefois, ce chiffre ne correspond pas à l'offre médicale effectivement disponible : le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) distingue les médecins inscrits, les médecins en activité et les médecins en activité régulière. L'effectif des médecins en activité progresse de 1,9 % sur un an, tandis que celui des médecins en activité régulière augmente de 2,0 % depuis 2025, mais cette croissance masque d'importantes disparités territoriales. Le vieillissement de la profession se poursuit, avec un âge moyen de 49,9 ans chez les médecins en activité et de 47,5 ans chez les médecins en activité régulière. 29,6 % des médecins en activité ont 60 ans et plus, contre 21,0 % parmi les médecins en activité régulière. La part des femmes atteint désormais 50,5 % chez les médecins en activité et 53,3 % chez les actifs réguliers. La hausse du nombre de médecins retraités actifs atteint +326,9 % depuis 2010, leur effectif ayant encore progressé de 4,7 % entre 2025 et 2026, ce qui souligne le rôle croissant de ces médecins dans le maintien de l'offre de soins.

1.1 Une démographie médicale contrastée

La région Hauts-de-France reste en retrait par rapport à la moyenne nationale. La densité moyenne de médecins généralistes reste inférieure à 1 médecin généraliste pour 1 000 habitants dans les départements de la région. L'Aisne se distingue par une densité particulièrement faible, tandis que le Nord et l'Oise apparaissent mieux dotés. La situation reste préoccupante dans les territoires ruraux ou anciennement industriels. Le CNOM 2026 confirme plus largement les inégalités territoriales : les Hauts-de-France présentent une densité de 268,7 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants, contre 302,9 en moyenne nationale.

1.1.1 Une répartition inégale entre les départements

Département	Évolution de la population 2010-2022	Évolution des médecins en activité régulière 2010-2025	Densité de médecin généraliste / 1 000 habitants (2025)	Spécificités territoriales
Aisne	- 2,8 %	- 19 %	< 0,6	Zone très sous-dotée / désert médical
Nord	+ 1,6 %	+ 0,7 %	0,9–1,0	Densité moyenne, présence universitaire
Oise	+ 3,4 %	- 11,3 %	0,95	Fragilité accrue en zones périurbaines
Pas-de-Calais	- 0,1 %	- 6 %	~ 0,8	Sous-doté, hétérogène selon les bassins
Somme	- 0,9 %	+ 10 %	0,85	Amélioration relative, dynamique hospitalo-universitaire

² Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1er janvier 2026, CNOM Conseil national de l'ordre des médecins. (2025). Atlas de la démographie médicale 2025 – Tome 1 [PDF]. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_demographie_2025_tome_1.pdf



Département	<i>Pourcentage de femmes parmi les médecins en activité</i>	<i>Pourcentage de médecins étrangers en 2025</i>	<i>Âge moyen des médecins actifs en 2025</i>	<i>Part des médecins de 60 ans et + parmi les actifs en 2025</i>
Aisne	36,5 %	11 %	53 ans	37,9 %
Nord	49,4 %	5 %	48 ans	24,4 %
Oise	47,1 %	4 %	52,9 ans	38 %
Pas-de-Calais	42,5 %	9 %	50,1 ans	30,3 %
Somme	48 %	6 %	47,2 ans	17,8 %

Les données du CNOM montrent ainsi des situations départementales très différentes. L'Aisne cumule une diminution de sa population et une baisse de 3,4 % de son nombre de médecins en activité depuis 2010, tandis que son nombre de médecins en activité régulière a diminué de 19,0 %. L'Oise connaît également une baisse de ses effectifs de médecins en activité régulière (-11,3 %) alors que sa population a progressé. À l'inverse, la Somme enregistre une progression de 10,0 % de ses médecins en activité régulière malgré une légère baisse de population. Le Nord connaît une quasi-stabilité de ses effectifs réguliers (+0,7 %) malgré une hausse de population de 1,6 %.

Ces écarts montrent que la situation régionale ne peut être résumée par une seule tendance. Le Nord et la Somme connaissent une dynamique plus favorable des effectifs réguliers, tandis que l'Aisne et l'Oise apparaissent particulièrement fragiles. La question de l'accès aux soins se pose donc de manière différenciée selon les territoires.

1.1.2 Un contre-exemple régional face au « rebond » national

Alors que les données nationales de 2026 font état d'un certain « rebond démographique » médical, bénéficiant notamment aux territoires urbains et périurbains dynamiques, la région Hauts-de-France constitue un contre-exemple frappant. Là où la moyenne nationale masque une amélioration de l'accès aux soins dans les métropoles, les Hauts-de-France subissent une stagnation, voire une régression continue de leur densité médicale.

Ce décalage souligne un phénomène de polarisation accrue. Au niveau national, l'augmentation du nombre de médecins profite majoritairement aux zones déjà bien dotées, créant un effet d'aubaine pour les grands centres urbains. Dans les Hauts-de-France, et particulièrement dans l'Aisne et le Pas-de-Calais, cette dynamique positive reste limitée. Les départs à la retraite ne sont pas compensés par de nouvelles installations, transformant la « moyenne nationale en hausse » en une réalité locale de désertification galopante. Ainsi, si la France connaît globalement une croissance de ses effectifs médicaux (+1,9 % pour les médecins en activité entre 2025 et 2026), cette tendance est loin d'être uniforme : elle accentue au contraire les inégalités territoriales, laissant les départements ruraux et industriels de la région encore plus isolés face aux besoins de santé de leur population.

Le constat est particulièrement marqué chez les médecins généralistes : à l'échelle nationale, leur nombre en activité régulière a diminué de 6,6 % entre 2016 et 2023, malgré une hausse récente de 1,0 % entre 2025 et 2026. Cette diminution s'explique principalement par la baisse des effectifs exerçant en libéral, tandis que les médecins en activité mixte ou salariée, notamment en centres de santé, progressent.



1.1.3 Le recours accru aux Praticiens Diplômés Hors Union Européenne (PADHUE)

Les médecins à diplômes étrangers occupent une place croissante dans l'offre de soins. Au 1er janvier 2026, 14,2 % des médecins en activité ont obtenu leur diplôme à l'étranger. Chez les médecins généralistes en activité, cette proportion atteint 6,8 %. Parmi les médecins en activité régulière, les médecins à diplôme étranger représentent 15,2 % de l'ensemble, dont 7,5 % chez les généralistes en activité régulière.

Cette présence est particulièrement importante dans les départements présentant les plus faibles densités médicales. Le CNOM souligne ainsi que, dans certains territoires, une offre de soins déjà faible repose fortement sur des médecins n'ayant pas obtenu leur diplôme en France.

1.1.4 Un vieillissement marqué de la profession

La pyramide des âges est déséquilibrée, avec une proportion importante de médecins âgés. Le maintien en activité des retraités et la pluriactivité permettent de compenser partiellement les tensions, mais à court terme seulement.

Au 1er janvier 2026, chez les médecins en activité, l'âge moyen est de 49,9 ans. 31,1 % ont moins de 40 ans et 29,6 % ont 60 ans ou plus. Chez les médecins en activité régulière, l'âge moyen est de 47,5 ans, avec 33,4 % de moins de 40 ans et 21,0 % de 60 ans et plus.

1.1.5 Répartition par mode d'activité

Le mode d'exercice continue d'évoluer sous l'effet de la féminisation, du vieillissement et des transformations du système de santé. La part des médecins libéraux exclusifs diminue au profit des modes mixtes ou salariés.

En 2026, l'activité salariée représente 47,0 % des médecins en activité, contre 42,2 % en 2015. Entre 2015 et 2026, l'effectif des médecins exerçant exclusivement en libéral a diminué de 4,7 %, tandis que celui des médecins salariés a augmenté de 22,3 % et celui des médecins ayant une activité mixte de 23,2 %.

Cette diversification des statuts reflète une recherche de souplesse professionnelle, notamment chez les jeunes générations.

1.1.6 Les leviers à mobiliser

L'Atlas 2026 confirme le caractère structurel des inégalités d'accès aux soins dans la région. Une stratégie territoriale renforcée est indispensable, combinant formation, incitation à l'installation, développement des maisons de santé pluriprofessionnelles et intégration des praticiens diplômés hors Union Européenne (PADHUE). La priorité doit être donnée à l'accompagnement des jeunes médecins et à la réorganisation des soins de premier recours dans les zones rurales et périurbaines les plus vulnérables. Le CNOM souligne également l'importance du développement de l'exercice coordonné et notamment des cabinets ou maisons de santé pour limiter la dégradation de la densité médicale dans les territoires fragiles.



Chapitre 2 — Une santé à deux vitesses : La géographie des inégalités

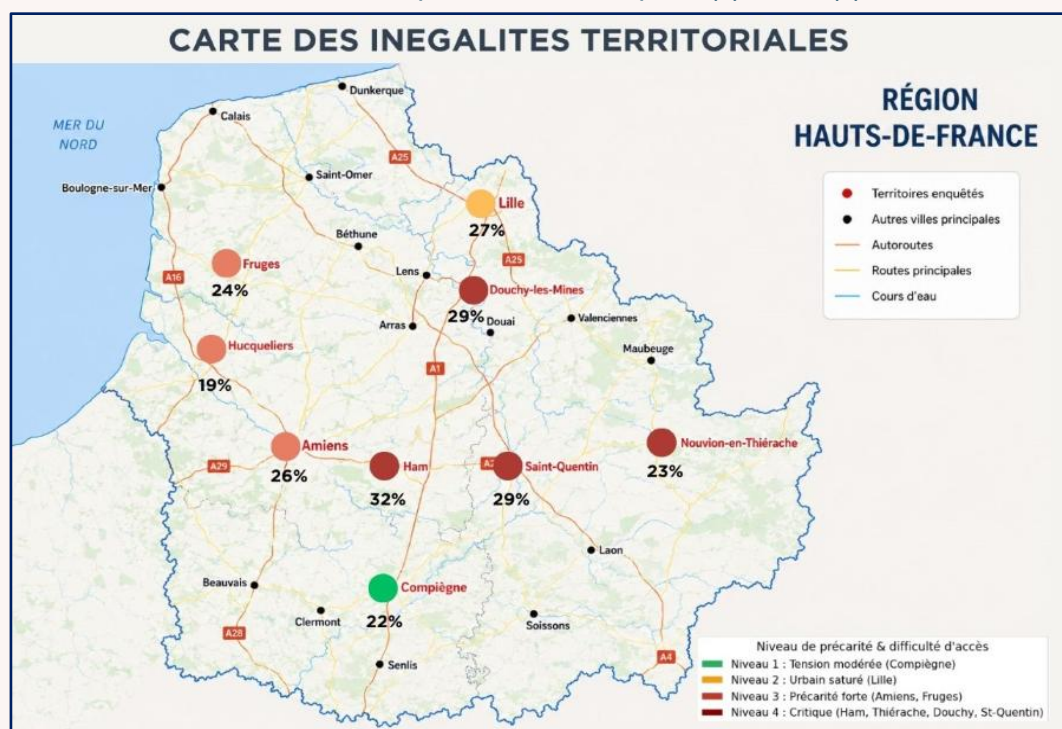
2.1 Des départements sous tension³

Comparée à la moyenne nationale (14,9 %), la région présente des indicateurs de pauvreté préoccupants. Le taux grimpe à 19,5 % dans le Nord, 18,8 % dans l'Aisne et 18,4 % dans le Pas-de-Calais. Seule l'Oise (13,4 %), dynamique grâce à sa proximité avec l'Île-de-France, reste sous la moyenne nationale, apparaissant comme le département le plus épargné.

Cette fracture sociale se traduit biologiquement. L'espérance de vie des hommes atteint 79,5 ans dans l'Oise, mais chute à 78,1 ans dans le Pas-de-Calais. Pour les femmes, l'écart est tout aussi marqué : 85,6 ans dans l'Oise contre seulement 84,6 ans dans l'Aisne.

Le taux de mortalité confirme ces inégalités structurelles. L'Aisne enregistre le taux le plus élevé de la région avec 11,2 décès pour 1 000 habitants, bien au-dessus de la moyenne nationale (9,3 ‰). La Somme et le Pas-de-Calais suivent avec un taux de 10,4 ‰. Ces chiffres, particulièrement élevés dans l'Aisne, sont le symptôme direct de difficultés d'accès aux soins et d'une mortalité prématurée accrue.

2.1.1 Zoom sur les territoires de l'enquête "La santé : quelle(s) réalité(s) ?"⁴



³ INSEE - Taux de fécondité par région/département – 2022
INSEE - Structure par âge et composition des familles – 2022
Assurance Maladie - Données par territoire (Chiffres clés)
INSERM - CépiDc - Causes de décès par département
INSEE - Taux de fécondité par région/département - 2022
INSEE - Taux de pauvreté par département en 2021
INSEE - Espérance de vie et mortalité par département - 2022

⁴ data.gouv.fr. (2024) : Indicateurs territoriaux de précarité par commune, EPCI, département et région [Jeu de données].
Plateforme ouverte des données publiques françaises. <https://www.data.gouv.fr/datasets/indicateurs-territoriaux-de-precarite-par-commune-epci-departement-et-region>



À l'échelle des villes enquêtées, les contrastes deviennent saisissants. Notre carte met en lumière quatre niveaux de criticité qui correspondent aux données socio-économiques les plus récentes (INSEE 2021-2024).

● Niveau 1 : Les zones de résilience relative

- *Territoire* : Compiègne
- *Données* : Taux de pauvreté le plus bas du panel (22 %), revenu médian de 21 000 €/an.
- *Analyse* : Bien que des inégalités y existent, le contexte socio-économique y est moins dégradé qu'ailleurs. Le revenu médian plus élevé et un taux de chômage des jeunes contenu (27 %) offrent un terrain plus favorable à l'accès aux soins, même si des poches de précarité subsistent.

● Niveau 2 : Les zones de tension urbaine

- *Territoire* : Lille
- *Données* : Taux de pauvreté élevé (27 %), mais revenu médian correct de 20 520 €/an et chômage des jeunes plus maîtrisé (24 %).
- *Analyse* : Lille présente un paradoxe : une précarité marquée dans certains quartiers, mais compensée par une densité de l'offre de soins importante et un tissu économique dynamique. La difficulté d'accès y est moins liée à la géographie qu'à la saturation des cabinets et aux délais d'attente.

● Niveau 3 : Les zones de fragilité structurelle

- *Territoire* : Amiens, Fruges, Hucqueliers
- *Données* : Taux de pauvreté élevé (27 %), mais revenu médian correct de 20 520 €/an et chômage des jeunes plus maîtrisé (24 %).
- *Analyse* : Ces territoires cumulent précarité économique et difficultés d'accès. À Amiens, la pauvreté urbaine se concentre dans les quartiers prioritaires. À Fruges/Hucqueliers, c'est l'isolement rural et le vieillissement qui dominent. Le chômage des jeunes y est important (29 % à Amiens, 23 % à Fruges/Hucqueliers), créant un terreau favorable au renoncement aux soins.

● Niveau 4 : Les zones critiques

- *Territoire* : Ham, Douchy-les-Mines, Saint-Quentin, Le Nouvion-en-Thiérache
- *Données et analyse* : Les indicateurs s'effondrent sur ces territoires.
 - *Revenus* : Un revenu médian annuel inférieur à 18 500 € (17 450 € à Ham, 17 880 € à Douchy, 18 400 € à Saint-Quentin).
 - *Pauvreté extrême* : Un taux de pauvreté atteignant 32 % à Ham et 29 % à Douchy-les-Mines et Saint-Quentin.
 - *Jeunesse sacrifiée* : Le chômage des 15-24 ans y est très important, atteignant 36 % à Ham et Douchy-les-Mines, 35 % à Saint-Quentin et jusqu'à 38 % au Le Nouvion-en-Thiérache. Un jeune actif sur trois est sans emploi.
 - *Dépendance aux aides* : La part des ménages allocataires du RSA y est très élevée (de 12 à 13 % sur les 4 territoires).
 - *Niveau de diplôme* : La part de la population sans diplôme est élevée (35,4 % à Le Nouvion-en-Thiérache, 34,3 % à Ham, 31,2 % à Saint-Quentin, 29,8 % à Douchy-les-Mines).



2.1.2 Le code postal dicte la santé : comprendre les mécanismes

La superposition de ces données avec notre carte des inégalités permet d'identifier des mécanismes de causalité précis, confirmés par les témoignages recueillis lors de l'enquête "La Santé : quelle(s) réalité(s) ?".

Chômage des jeunes et renoncement aux soins (zones critiques) :

Là où le chômage des jeunes dépasse les 35 % (Thiérache, Est de la Somme), le renoncement aux soins devient massif.

Ce lien n'est pas fortuit. Un taux de chômage aussi élevé signifie qu'une grande partie de la jeunesse ne dispose ni de revenus propres, ni de couverture mutuelle d'entreprise. Sans autonomie financière, les jeunes restent dépendants du foyer familial, souvent lui-même précaire. Dans ce contexte, la santé devient une variable d'ajustement budgétaire : on reporte le dentiste, on ignore les symptômes. Les verbatims de l'enquête confirment ce mécanisme : "Je n'ai pas les moyens", "Je dois choisir entre manger et me soigner".

Écarts salariaux et précarité féminine (zones rurales critiques) :

Dans les zones où les écarts de salaires femmes-hommes sont les plus forts (jusqu'à 700 € d'écart mensuel dans l'Est de la Somme), la précarité féminine s'aggrave, impactant directement l'accès aux soins gynécologiques.

Cet écart salarial important traduit souvent un recours massif au temps partiel subi chez les femmes. Dans les ménages modestes, le revenu le plus faible est généralement celui qui sert aux dépenses du quotidien. Lorsque ce revenu est amputé, ce sont souvent les soins "personnels" de la femme (gynécologie, dépistages) qui sont sacrifiés en premier. Couplé à une offre de gynécologues quasi-inexistante dans ces zones rurales, ce mécanisme économique explique le recours massif aux sages-femmes ou le renoncement total observé sur le terrain.

Niveau de diplôme et prévention (zones industrielles et rurales) :

Dans les territoires où la part de la population sans diplôme dépasse les 30 %, la mortalité prématurée est la plus élevée.

Le niveau de diplôme est un déterminant clé de la "littératie en santé". Un faible niveau d'étude complique la navigation dans un système de soins de plus en plus numérisé, rendant les messages de prévention moins accessibles, retardant ainsi le recours aux soins jusqu'à l'aggravation de la pathologie.

La santé n'est pas une loterie. C'est une réalité structurée par la géographie sociale et économique : là où la précarité augmente, l'espérance de vie diminue. Comprendre ces déterminants est le préalable indispensable pour décrypter les stratégies de survie et les parcours de soins que nous analyserons dans la suite de cette enquête.



Chapitre 3 — Les structures de coopération territoriale

3.1 État des lieux du déploiement des différents dispositifs d'aide à la coordination et à l'accès aux soins

Depuis déjà quelques années, de nombreux dispositifs ont vu le jour afin d'essayer de pallier des problématiques spécifiques dans le système de santé. On retrouve ainsi les CPTS, les MSP, les CLS, les CRT... Beaucoup d'acronymes et de dispositifs conçus pour aider la population et les professionnels à mieux se coordonner et soigner les usagers.

Les prochaines pages proposent un référencement de certains de ces dispositifs et leurs implantations en région Hauts-de-France.



3.1.1 CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé)⁵

1. C'est quoi ?

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes.

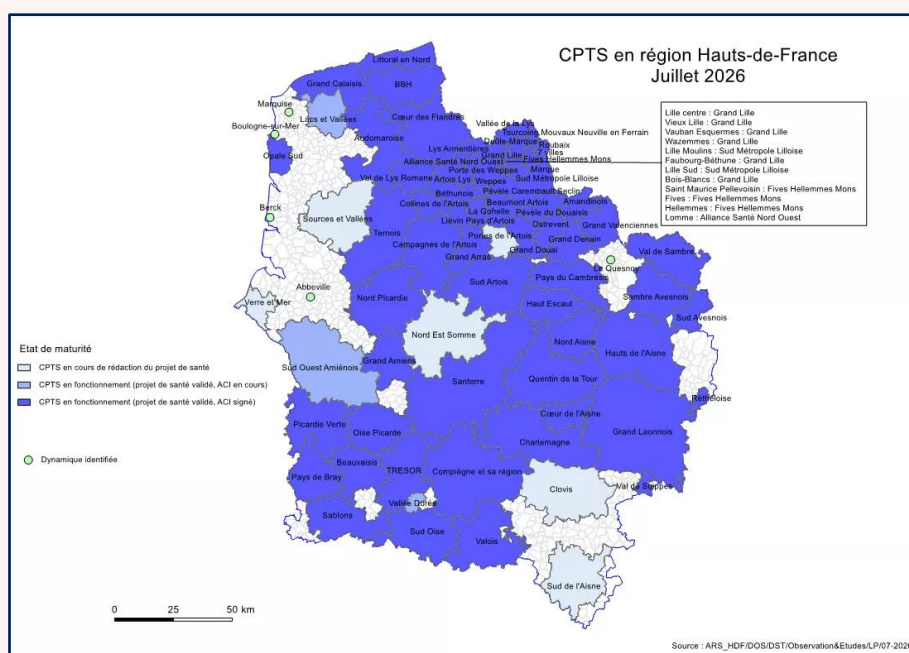
Pour qu'une CPTS voit le jour elle doit décliner une réponse coordonnée et pluriprofessionnelle adaptée aux besoins de la population identifiés lors du diagnostic territorial.

2. Les objectifs

Les CPTS sont conçues pour aider les professionnels de santé à mieux structurer leurs relations et mieux se coordonner, par exemple, dans l'organisation des soins non programmés, pour avoir une meilleure coordination ville-hôpital ou accroître la coopération entre les médecins et infirmiers pour le maintien à domicile.

3. Dans la région

Sur les 3 800 communes des Hauts-de-France couvertes par l'analyse, 2 635 (69,3 %) relèvent d'une CPTS en fonctionnement avec Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) signé (62 CPTS), 179 (4,7 %) d'une CPTS en fonctionnement dont l'ACI est encore en cours (3 CPTS), et 442 (11,6 %) d'une CPTS en cours de rédaction du projet de santé (6 CPTS). 544 communes (14,3 %) ne sont rattachées à aucune CPTS. Au total, 71 CPTS sont recensées dans la région.⁶



⁵ Agence régionale de santé des Hauts-de-France. (s. d.). Carte des CPTS et projets de CPTS en Hauts-de-France. Consulté le 18 juin 2026, sur <https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/consulter-la-carte-des-cpts-et-projets-de-cpts-en-hauts-de-france?parent=11817&rubrique=11814>

⁶ Agence régionale de santé Hauts-de-France. (juillet 2026). Consulter la carte des CPTS et projets de CPTS en Hauts de France. PAPS Hauts-de-France. <https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/consulter-la-carte-des-cpts-et-projets-de-cpts-en-hauts-de-france>



3.1.2 MSP (Maison de Santé Pluriprofessionnelle)⁷

1. C'est quoi ?

Les MSP sont des structures de santé de proximité qui permettent aux professionnels médicaux et paramédicaux de se regrouper afin d'offrir des soins de premier recours coordonnés. Les MSP ont un « projet de santé » formalisé et labellisé par l'ARS (Agence Régionale de Santé). Ce projet définit les modalités de prise en charge des patients et les objectifs de santé pour le territoire concerné.

2. Les objectifs

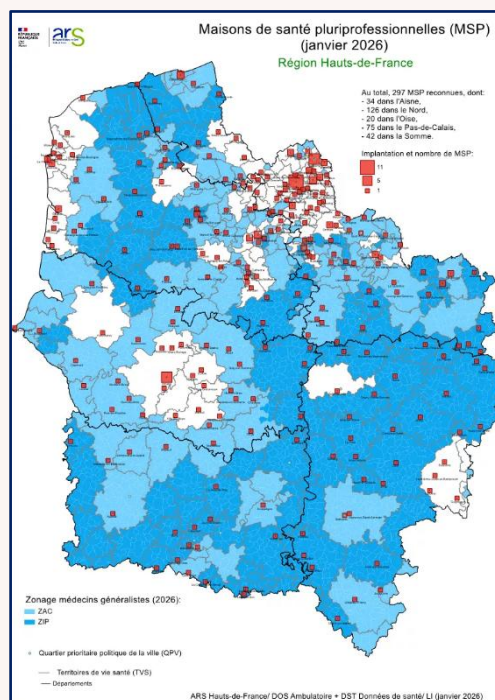
Une MSP répond à plusieurs objectifs :

- améliorer l'accès aux soins grâce à une organisation coordonnée entre les professionnels ;
- favoriser la continuité des soins sur le territoire, notamment dans les zones sous-dotées ;
- développer des pratiques innovantes, telles que la télémédecine ou la coopération interprofessionnelle.

Pour fonctionner, une MSP nécessite une équipe composée au minimum de deux médecins généralistes et d'un professionnel paramédical. Ces professionnels peuvent travailler dans un même local ou sur des sites différents, à condition d'opérer dans une même zone géographique.

3. Dans la région

La région des Hauts-de-France dénombre 297 MSP sur l'ensemble du territoire.⁸



⁷ Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes. (s. d.). Comment créer une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) : démarches à suivre pour les collectivités. Consulté le 18 juin 2026, sur <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/comment-creer-une-maison-de-sante-pluriprofessionnelle-msp-demarches-suivre-pour-les-collectivites>

⁸ Agence régionale de santé Hauts-de-France. (s. d.). Cartographie des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles. PAPS Hauts-de-France. Consulté le 17 juillet 2026. <https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/cartographie-des-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles>



3.1.3 ESS (Équipe de Soins Spécialisés)

1. C'est quoi ?

Créées par la loi du 24 juillet 2019, les Équipes de Soins Spécialisés (ESS) sont des structures regroupant des médecins spécialistes d'une ou plusieurs disciplines, coordonnant leurs activités sur un territoire via un projet de santé commun. Elles interviennent en second recours pour appuyer les médecins de premier recours, structurer les parcours de santé et s'intégrer au maillage territorial régional en collaboration avec les autres dispositifs d'exercice coordonné.

2. Les objectifs

- Missions socles (coordination et sécurisation des parcours) :
 - structurer l'offre de second recours pour faciliter la collaboration entre premier, second et troisième recours ;
 - répondre aux besoins des médecins traitants par des avis spécialisés ponctuels, réalisés via consultation ou téléexpertise, dans des délais réduits.
- Missions optionnelles (accès aux soins) :
 - améliorer l'égalité d'accès aux soins de spécialité sur le plan géographique et financier ;
 - déployer des consultations avancées, en particulier dans les Zones d'Intervention Prioritaire (ZIP).

3. Dans la région

À ce jour (août 2026), on dénombre trois Équipes de Soins Spécialisés (ESS) officiellement reconnues et opérationnelles dans la région Hauts-de-France :

- *ESS Ophtalmologie* : La première créée dans la région (projet SOS œil), elle regroupe 44 ophtalmologistes libéraux. Elle assure la gestion des urgences et des soins non programmés avec des délais garantis (48h pour l'urgent).
- *ESS Psychiatrie* : Opérationnelle depuis juillet 2026, elle mobilise des psychiatres libéraux pour offrir de la téléexpertise (via la plateforme Omnidoc) et des avis spécialisés sous 4 jours ouvrés.
- *ESS Pédiatrie* : En cours de déploiement actif, elle vise à structurer l'offre de soins pour les enfants, cartographier les sous-spécialités et développer la téléexpertise entre pédiatres et médecins généralistes.

D'autres projets sont à l'étude ou en cours de structuration (notamment en cardiologie ou dermatologie), suivant la dynamique nationale, mais ces trois structures constituent le socle actuel du dispositif spécialisé en Hauts-de-France.



3.1.4 SECPA (Structure d'Exercice Coordonné Participative) ⁹

1. C'est quoi ?

Les centres et maisons de santé SECPA sont des structures implantées dans des Quartiers Prioritaires de la Politique de la Ville (QPV) afin de permettre aux habitants d'avoir des soins de premiers recours pluriprofessionnels. Au sein de ces quartiers, définis comme des territoires présentant des taux de pauvreté supérieurs à la moyenne nationale, des structures préexistantes (MSP ou centres de santé) ont pu déposer un dossier pour participer à l'expérimentation et devenir structure SECPA en vue de rendre les personnes qui en ont le plus besoin acteurs de leur santé.

Dans le cadre de l'article 51 de la LFSS pour 2018, une expérimentation d'innovation en santé intitulée « Structures d'exercice coordonné participatives » (SECPA) a donc été lancée en 2021 afin d'inscrire les centres et maisons de santé « participatifs » dans un modèle économique pérenne et soutenable, et ainsi de permettre les conditions de leur essor. Six structures ayant participé à la construction du cahier des charges sont entrées dans l'expérimentation au 1er août 2021 (vague 1), et 20 autres l'ont rejoint au 1er mars 2022 (vague 2).

2. Les objectifs

Les enjeux de ces SECPA sont pluriels. Le premier a pour objectif d'aller vers et de proposer une réponse adaptée aux enjeux que vivent les personnes dans ces quartiers. La médiation est alors un enjeu identifié et proposé par les SECPA. Ensuite, elles proposent un accueil spécifique et adapté aux personnes vulnérables afin de les accompagner dans leur parcours de soin avec un accompagnement global et pluriprofessionnel. On retrouve ainsi plusieurs services : un soutien psychologique, un service d'interprétariat professionnel, un service d'accompagnement social et une mise en œuvre d'actions en prévention, promotion et d'éducation à la santé adaptées aux besoins des patients. Les structures SECPA proposent une gouvernance partagée, d'impliquer les habitants du quartier et une organisation collective du soin.

3. Dans la région

On dénombre 26 structures coordonnées expérimentatrices sur 11 régions en France métropolitaine, dont trois dans la région Hauts-de-France. Les deux premières dans le Nord (MSP Kruysbellaert et Centre de santé ABEJ Solidarité) et la dernière dans le Pas-de-Calais (MSP Montsoleil).

Cependant ce dispositif subit de nombreux attermoissements et incertitudes, notamment en début d'année 2026 avec l'annonce d'une fin de l'expérimentation par le gouvernement. Une forte mobilisation nationale a permis à l'expérimentation de continuer.

⁹ Avec Santé NA. (s. d.). Les MSP, SECPA : des structures d'exercice coordonné participatives. Consulté le 18 juin 2026, sur <https://avecsantena.fr/les-msp-secpa-des-structures-dexercice-coordonne-participatives/>



3.1.5 Centre de Santé¹⁰

1. C'est quoi ?¹¹

Les centres de santé sont des espaces coordonnés où l'on retrouve des professionnels de santé qui dispensent des soins de proximité. Ce sont des espaces de prévention et de soins. Ces centres sont ouverts à toutes les personnes sollicitant une prise en charge médicale ou paramédicale relevant de la compétence des professionnels y exerçant.

Les centres de santé doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé (ARS) en même temps que leur règlement intérieur. Ils sont appelés à conclure avec l'ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens préalablement à tout versement d'une aide financière par l'agence.

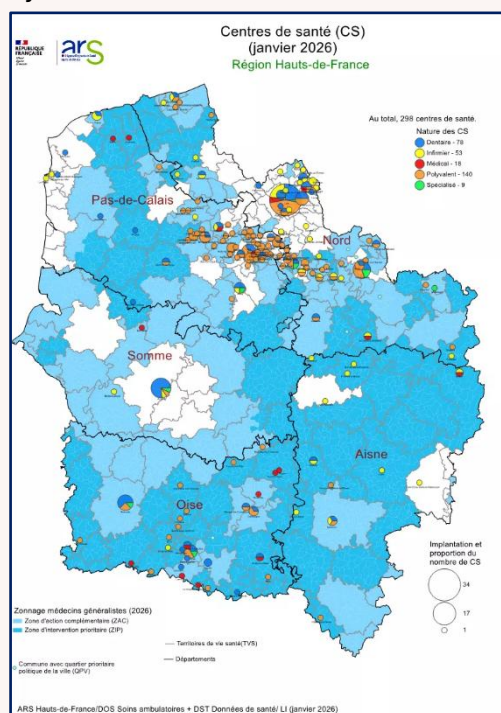
Les centres de santé sont créés et gérés par des organismes à but non lucratif, des collectivités territoriales, des établissements publics de coopération intercommunale, des établissements publics de santé, des personnes morales gestionnaires d'établissements privés de santé, à but non lucratif ou à but lucratif, des sociétés coopératives d'intérêt collectif.

2. Les objectifs

Les centres de santé ont pour principale mission d'améliorer l'accès aux soins de proximité pour l'ensemble de la population.

3. Dans la région

Dans les Hauts-de-France, il y a 298 centres de santé sur le territoire.¹²



¹⁰ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_2025_centres_de_sante.pdf

¹¹ Ministère des Solidarités et de la Santé. (s. d.). Les centres de santé. Consulté le 18 juin 2026, sur <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-centres-de-sante-211965>

¹² Hauts-de-France. (s. d.). Cartographie des centres de santé en région Hauts-de-France. Portail Santé des Hauts-de-France. <https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/cartographie-des-centres-de-sante-en-region-hauts-de-france>



3.1.6 CMP (Centre médico-psychologique)¹³

1. C'est quoi ?

Les centres médico-psychologiques sont des unités d'accueil et de coordination pour permettre aux usagers de pouvoir avoir des consultations médico-psychologiques et sociales s'ils éprouvent des difficultés psychiques.

Les CMP adultes permettent aux personnes de plus de 16 ans d'être accompagnées si elles éprouvent des difficultés d'ordre psychique, éducatif ou social. Les CMP pour enfants sont des espaces de prévention, de consultation, de dépistage et d'évaluation et de traitement ambulatoire. Les enfants sont accueillis pour de multiples raisons (problèmes de comportement, états dépressifs, tentative de suicide, ...).

Chaque centre médico-psychologique est composé d'une équipe pluridisciplinaire qui regroupe aussi bien de soignants (médecins psychiatres, psychologues cliniciens, infirmiers, orthophonistes, psychomotriciens...) que de travailleurs sociaux (assistants de service social, éducateurs...).

2. Les missions

Les CMP ont plusieurs missions :

- Accueillir et orienter les jeunes et leurs familles ;
- Prendre en charge des jeunes présentant des difficultés affectives, psychologiques ou familiales jusqu'à leurs 16 ans environ ;
- Organiser des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile ;
- Apporter du soutien aux familles ;
- Orienter, si besoin, les jeunes vers des structures adaptées (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, hôpital de jour, unité d'hospitalisation psychiatrique).

3. Dans la région

Le nombre de centres médico-psychologiques (CMP) dans la région des Hauts-de-France est désormais établi à 159, selon les chiffres de février 2025 fournis par la F2RMSM. Cette offre régionale se répartit en 89 CMP pour adultes et 70 CMP pour enfants et adolescents. Cette structure complète le paysage sanitaire régional qui compte déjà 51 établissements de santé avec une activité en psychiatrie, incluant 8 Établissements publics de santé mentale (EPSM), 19 centres hospitaliers, 10 Établissements de santé privés d'intérêt public (ESPIC) et 14 cliniques privées.

Au niveau départemental, le Nord (59) concentre la majorité des structures avec 58 CMP (35 pour adultes, 23 pour enfants), suivi par le Pas-de-Calais (62) avec 43 CMP, l'Oise (60) avec 25, la Somme (80) avec 20 et l'Aisne (02) avec 13.

¹³ Ministère des Solidarités et de la Santé. (s. d.). CMP (Centre médical pour personnes handicapées). Consulté le 18 juin 2026, sur <https://www.monparcours handicap.gouv.fr/glossaire/cmp>



3.1.7 SAS (Service d'Accès aux Soins)¹⁴

1. C'est quoi ?

Le Service d'Accès aux Soins (SAS) est un dispositif prévu par le pacte de refondation des urgences en 2019, dont l'importance a été réaffirmée lors du Ségur de la Santé en 2020 et plus récemment par les différentes mesures portant sur les urgences. Le déploiement des SAS sur la région fait partie des objectifs du PRS 2023-2028. Le SAS est un nouveau service d'orientation de la population dans le parcours de soins, accessible par le n°15. Si une personne n'arrive pas à avoir de rendez-vous avec son médecin ou un professionnel de santé, elle a la possibilité d'accéder à un professionnel de santé par téléphone. Celui-ci pourra ainsi lui fournir un certificat médical, lui proposer une téléconsultation, l'orienter selon sa situation, vers le service des urgences ou encore appeler le SMUR afin de déclencher une intervention.

C'est une collaboration étroite de l'ensemble des professionnels de santé d'un même territoire pour apporter la réponse adaptée au besoin de santé de l'appelant, qu'il relève de l'aide médicale urgente ou de la médecine générale. Pour que cela voit le jour, il faut que le service médical d'aide médicale urgente et le représentant des médecins libéraux aient signé une convention afin de permettre la mise en place d'une régulation commune au sein des centres de réception et de régulation des appels.

2. Les missions

Son objectif est de répondre de manière coordonnée et efficace aux appels reçus au numéro d'urgence 15, en distinguant les situations d'urgence vitale de celles d'urgence non vitale.

C'est un service accessible à tous, à toute heure et en tout lieu, qui doit permettre d'apporter une réponse pour les demandes de soins urgents mais aussi les demandes de soins non programmés dans les 48h en cas d'indisponibilité du médecin traitant.

Lorsqu'un patient compose le 15, l'appel est pris en charge par un Assistant de Régulation Médicale (ARM) qui effectue un premier tri. Ce tri oriente l'appel vers la filière appropriée en fonction de la gravité de la situation :

- *Urgence vitale* : les situations d'urgence vitale sont immédiatement prises en charge par le SAMU, qui mobilise les ressources nécessaires pour une intervention rapide.
- *Urgence non vitale* : pour les situations d'urgence non vitale, le médecin régulateur, souvent un médecin généraliste, et les Opérateurs de Soins Non Programmés (OSNP) répondent aux besoins des patients, soit en fournissant des conseils médicaux, soit en trouvant des rendez-vous chez des professionnels de santé en ville grâce à une plateforme numérique nationale, soit en orientant les patients vers d'autres ressources adaptées.

3. Dans la région

Les 5 départements des Hauts-de-France sont couverts par un SAS après un lancement en phase pilote dans la Somme et le Nord à partir de 2021, puis en mai 2023 dans l'Oise, en septembre 2023 dans le Pas-de-Calais et en décembre 2023 dans l'Aisne.

¹⁴ Agence régionale de santé des Hauts-de-France. (s. d.). Le service d'accès aux soins (SAS). Consulté le 18 juin 2026, sur <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-service-dacces-aux-soins-sas-1>



3.1.8 DAC (*Dispositif d'Appui à la Coordination*)¹⁵

1. *C'est quoi ?*

Les DAC ont pour ambition d'accompagner les usagers, les professionnels et les structures qui font face à des personnes en situations de santé et de vie complexes pour favoriser le maintien à domicile.

Chaque DAC est composé d'une équipe pluriprofessionnelle (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux...). Il informe, oriente et accompagne les professionnels, les patients et leur entourage dans les situations complexes. Il leur apporte des réponses concrètes en évaluant la situation et les besoins de la personne et en proposant un parcours de santé personnalisé, coordonné et accompagné, en accord avec le médecin traitant et en lien avec les professionnels.

2. *Les missions*

Le DAC peut être sollicité pour toute situation complexe, quels que soient l'âge ou la pathologie de la personne concernée, dès lors qu'un besoin de coordination du parcours de santé se fait sentir - de façon ponctuelle ou durable - et tout particulièrement lorsque le maintien ou le retour à domicile est en jeu.

- *Une mission d'animation territoriale :*

Le DAC contribue à l'amélioration des parcours de santé complexes à l'échelle du territoire. À ce titre, il participe aux instances territoriales dédiées (eParcours, CLS, CLSM...) et peut, en lien avec la Délégation départementale de l'Agence dont il relève, organiser ses propres instances de concertation.

- *Une mission d'information et d'orientation :*

Le DAC oriente les personnes et les professionnels vers les ressources les plus adaptées à leur situation, qu'il s'agisse de l'ouverture de droits ou de l'accès à des aides financières.

- *Une mission d'appui direct aux situations complexes :*

Concrètement, cet accompagnement se traduit par :

- une évaluation multidimensionnelle de la situation, incluant des visites à domicile ;
- l'organisation du maintien à domicile en cas de perte d'autonomie ou de dépendance, ainsi que la sécurisation du retour à domicile après une hospitalisation ;
- l'élaboration d'un plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) ;
- la mise en lien des acteurs du parcours de soins, notamment grâce à l'outil numérique Santélien ;
- l'articulation entre la ville et l'hôpital, et la mobilisation des ressources sociales et médico-sociales du territoire ;
- l'identification d'intervenants ou d'établissements adaptés, l'organisation de concertations pluriprofessionnelles et l'accès à des expertises spécifiques ;
- le soutien des proches aidants tout au long de l'accompagnement.

¹⁵ Agence régionale de santé Île-de-France. (s. d.). Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC). Consulté le 18 juin 2026, sur <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/les-dispositifs-dappui-la-coordination-dac>



3. Dans la région

La région Hauts-de-France est couverte par 12 DAC (Appui Santé Aisne, Appui santé des Flandres, Appui santé du Ferrain, DAC Appui santé Lille Agglo, Appui Santé LSED, Appui Santé Grand Hainaut, Aloïse (Oise Ouest), Appui Parcours santé (Oise Est), Passerelles Santé ABC, Appui Santé Montreuillois Ternois Arrageois, Appui Santé Artois et Appui Santé Somme).¹⁶



¹⁶ Agence régionale de santé Hauts-de-France. (s. d.). Cartographie des DAC en Hauts-de-France. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/cartographie-des-dac-en-hauts-de-france>



3.1.9 CLS (Contrat Local de Santé) ¹⁷

1. C'est quoi ?

Les CLS ont pour objectif de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé par le biais d'un contrat entre l'ARS et une collectivité territoriale. Les CLS définissent des objectifs communs avec un programme d'actions pluriannuel coconstruit à partir des besoins locaux. Un suivi de la mise en œuvre est primordial avec une évaluation des résultats à la fin.

Dans les Hauts-de-France, le CLS est un dispositif qui permet de coordonner les politiques de santé à l'échelle communale ou intercommunale, en tenant compte des besoins spécifiques des populations.

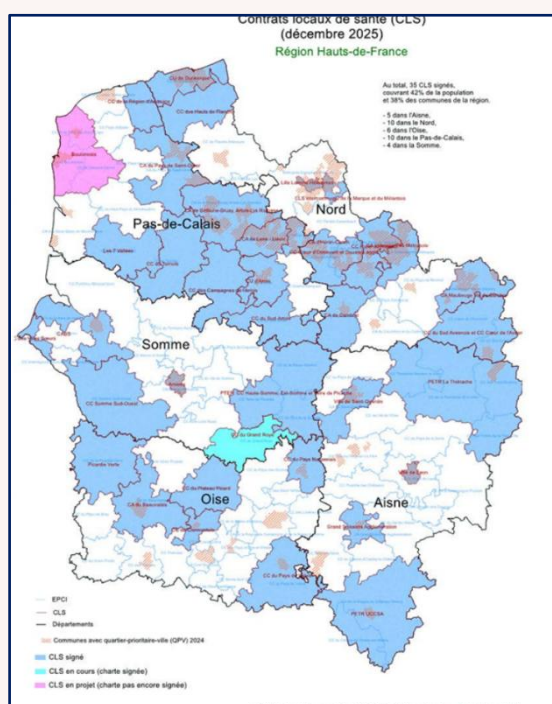
2. Les objectifs

Il y a deux enjeux majeurs pour les CLS : réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et mettre en œuvre des solutions pour une offre de santé de proximité.

3. Dans la région

Dans la région, 36 contrats locaux de santé couvrent 55 % de la population. ¹⁸

Ces contrats sont signés entre l'ARS et des collectivités territoriales (Communes, Intercommunalités, Départements) et couvrent une grande partie de la population régionale, en particulier dans les zones prioritaires (Quartiers Politique de la Ville, zones rurales fragiles).



Cette carte date de décembre 2025. Le CLS indiqué « en cours de signature » a depuis été signé, ce qui donne au total 36 CLS dans la région pour 2026.

¹⁷ Agence régionale de santé. (s. d.). Les contrats locaux de santé. Consulté le 18 juin 2026, sur <https://www.ars.sante.fr/les-contrats-locaux-de-sante>

¹⁸ Agence régionale de santé Hauts-de-France. (s. d.). Élus : quel bilan pour les contrats locaux de santé en Hauts-de-France ? Portail Santé des Hauts-de-France. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/elus-quel-bilan-pour-les-contrats-locaux-de-sante-en-hauts-de-france>



3.1.10 CLSM (Conseil Local de Santé Mentale)¹⁹

1. C'est quoi ?

Le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) est un espace de concertation territoriale qui rassemble élus, professionnels de santé mentale, acteurs du social et du médico-social, ainsi que des personnes concernées. Ces conseils ont une gouvernance partagée portée par les élus locaux et la psychiatrie publique en lien avec les usagers et les acteurs du territoire.

2. Les objectifs

L'objectif principal est d'inclure et favoriser les personnes vivant avec des troubles psychiques dans la vie citoyenne. L'enjeu est d'identifier les capacités d'agir afin de mettre en place des actions locales coordonnées. De multiples questions peuvent être abordées : Accès au logement, accès aux soins ou création de campagne de sensibilisation pour lutter contre les stéréotypes liés à la santé mentale.

3. Dans la région

On comptabilise 26²⁰ CLSM dans l'ensemble de la région.

¹⁹ Centre de ressources CLSM. (s. d.). Carte des CLSM. Consulté le 18 juin 2026, sur <https://ressources-clsm.org/carte-clsm>

²⁰ CLSM. (s. d.). Carte des centres de lutte contre la souffrance au travail (CLSM). Ressources CLSM. https://ressources-clsm.org/carte-clsm?zone_geo=121&combine=&field_coordonnateur_value=&field_date_created_value%5Bmin%5D=2010&field_date_created_value%5Bmax%5D=2025



3.1.11 PTSM (Projet Territorial de Santé Mentale)²¹

1. C'est quoi ?

Le PTSM est une démarche collective qui réunit, sur un même territoire, l'ensemble des acteurs de la santé mentale : établissements de santé, professionnels libéraux, psychologues, acteurs du médico-social, du social (logement, insertion, éducation, etc.), usagers et aidants. Il vise à construire un parcours de soins et de vie cohérent, coordonné et adapté aux personnes vivant avec des troubles psychiques, en s'appuyant sur leurs besoins et leurs capacités d'agir.

Le PTSM s'appuie sur un diagnostic territorial partagé, piloté par un chef de projet, et validé par l'ARS après avis des instances locales de santé. Il donne lieu à un Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM) qui précise les actions à mener et les moyens mobilisés pour 5 ans.

2. Les objectifs

Les PTSM ont pour ambition d'améliorer l'accès aux personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture.

Le projet territorial doit répondre à 6 priorités nationales :

1. repérage précoce, diagnostic, accès aux soins et accompagnements dans le cadre de vie ordinaire ;
2. parcours de santé et de vie sans rupture pour les personnes atteintes de troubles psychiques graves ;
3. accès à des soins somatiques adaptés pour les personnes souffrant de troubles psychiques ;
4. organisation des réponses en cas de crise ou d'urgence psychiatrique ;
5. respect des droits et empowerment des personnes, lutte contre la stigmatisation ;
6. action sur les déterminants de la santé mentale, via la prévention et le développement des compétences psychosociales.

Un PTSM a toujours une déclinaison au niveau territorial avec un CTSM (contrat territorial de santé mentale), qui vise à mettre en œuvre les objectifs qui sont dans le PTSM. C'est une feuille de route qui a une durabilité de 5 ans. Ce contrat précise les actions et les moyens à mobiliser pour y arriver.

3. Dans la région

Le projet territorial de santé mentale (PTSM) en Hauts-de-France est organisé en 8 territoires distincts, couvrant l'ensemble du territoire régional. Ces 8 PTSM incluent le PTSM des Flandres, le PTSM de l'arrondissement de Lille, le PTSM du Hainaut, le PTSM du littoral du Pas-de-Calais, le PTSM de l'Artois-Audomarois, le PTSM de l'Aisne, le PTSM de l'Oise et le PTSM de la Somme. Chacun de ces PTSM est mis en œuvre par des acteurs locaux, tels que les établissements de santé, les acteurs du social et médico-social, les usagers et leurs proches, ainsi que les collectivités territoriales.

²¹ Agence régionale de santé des Hauts-de-France. (s. d.). Les projets territoriaux de santé mentale (PTSM). Consulté le 18 juin 2026, sur <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-projets-territoriaux-de-sante-mentale-ptsm-0>



3.1.12 CRT (Centre de Ressource Territorial)²²

1. C'est quoi ?

Un centre de ressource territorial vise à faciliter le maintien à domicile des personnes âgées en leur offrant un accompagnement accru et sécurisé. Ce dispositif a pour ambition de proposer une alternative à l'entrée dans un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Il vise à répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie, notamment lorsque l'accompagnement classique proposé par les services à domicile n'est plus suffisant.

Le CRT dispose d'une équipe dédiée, composée notamment d'un médecin et d'un professionnel assurant la coordination du service. Le CRT s'appuie également sur les différents acteurs du territoire : médecin traitant, services d'aide et de soin à domicile, hôpitaux et structures médicales, EHPAD partenaires, et acteurs de l'accompagnement et de coordination (DAC, CLIC, CCAS...).

Le CRT peut être porté par un EHPAD en lien avec des services à domicile ou un service à domicile avec un conventionnement avec un EHPAD pour les ressources nécessaires. Une dotation annuelle de 400 000 € est versée aux structures retenues dans le cadre d'appels à candidatures.

2. Les objectifs

Les centres de ressources territoriaux ont pour mission de développer une offre nouvelle d'accompagnement à la perte d'autonomie à travers deux volets :

- Favoriser l'accès aux soins et à la prévention en mutualisant sur chaque territoire les compétences et ressources gérontologiques disponibles aujourd'hui en établissement ou en service médico-social (EHPAD/service autonomie à domicile notamment) afin d'en faire bénéficier les professionnels, les personnes âgées du territoire et leurs aidants.
- Proposer une offre de services renforcée et graduée, via la coordination des différents professionnels intervenant auprès de la personne âgée et l'expertise du CRT dans l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Les CRT ont deux objectifs principaux : favoriser le maintien à domicile des personnes âgées le plus longtemps possible par la mise en place d'un accompagnement renforcé et mieux coordonner au domicile et faciliter la mutualisation des ressources du territoire au service des acteurs impliqués dans l'accompagnement des personnes âgées.

3. Dans la région

Les Centres de ressources territoriaux (CRT) pour les personnes âgées sont en cours de déploiement dans les Hauts-de-France, l'Agence Régionale de Santé Hauts-de-France propose une carte datant de 2024 dénombrant 43 centres répartis sur le territoire (Aisne 6, Nord 15, Oise 7, Pas-de-Calais 10, Somme 4).²³

²² Ministère des Solidarités et de la Santé. (s. d.). Centre de ressources territorial. Consulté le 18 juin 2026, sur <https://solidarites.gouv.fr/centre-de-ressources-territorial>

²³ Agence régionale de santé Hauts-de-France. (s. d.). Les centres de ressources territoriaux (CRT) pour les personnes âgées en Hauts-de-France. Portail Santé des Hauts-de-France. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-centres-de-ressources-territoriaux-crt-pour-les-personnes-agees-en-hauts-de-france>



3.2 Inventaire des dispositifs en région pour inciter les professionnels de santé à s'installer sur le territoire

Face à la persistance des déserts médicaux et à l'incapacité du marché seul à rééquilibrer l'offre de soins, la région Hauts-de-France a activé, dès le 1^{er} janvier 2026, un ensemble de mesures financières et contractuelles ciblées. Selon les données de l'ARS Hauts-de-France, ces dispositifs visent spécifiquement à attirer et maintenir les professionnels de santé dans les Zones d'Intervention Prioritaire (ZIP) et les Zones d'Action Complémentaire (ZAC), définies par arrêtés préfectoraux comme les territoires les plus sous-dotés.

Pour identifier les territoires confrontés aux difficultés d'accès aux soins, l'ARS s'appuie notamment sur l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL), un indicateur développé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Contrairement à une simple mesure du nombre de médecins présents sur un territoire, l'APL cherche à apprécier l'accès potentiel réel de la population aux consultations. Il croise l'offre de médecins d'une commune et des communes voisines, le niveau d'activité de chaque praticien, les temps de trajet et une demande de soins standardisée selon l'âge de la population. Il s'exprime en nombre de consultations accessibles par an et par habitant.

L'enjeu est donc de ne pas réduire la question des déserts médicaux à la seule présence ou absence de professionnels de santé. Deux territoires disposant d'un nombre comparable de médecins peuvent présenter des niveaux d'accès aux soins très différents, selon l'activité des praticiens, leur proximité géographique ou les besoins de la population. L'APL permet ainsi de mieux objectiver les inégalités territoriales d'accès aux soins et d'identifier les territoires où les besoins de la population sont les plus importants au regard de l'offre effectivement accessible.

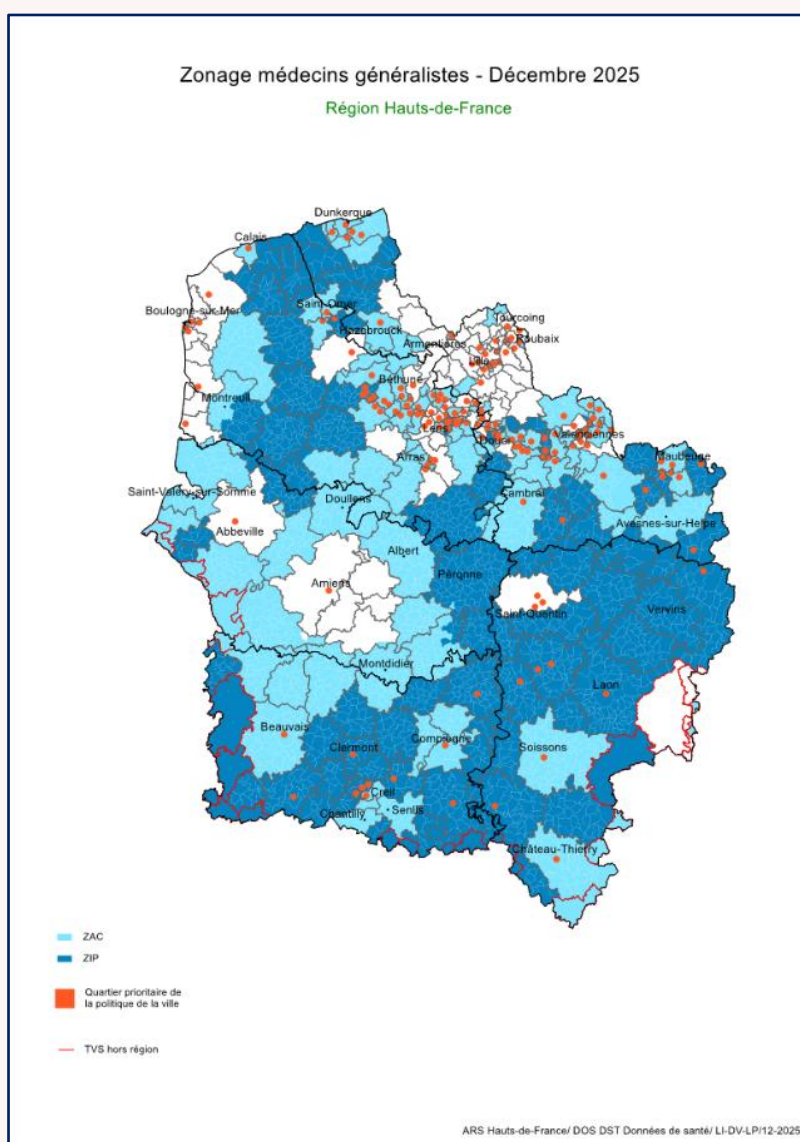
Cet indicateur constitue dès lors un outil important pour cibler les politiques d'attractivité et de maintien des professionnels de santé, mais aussi pour apprécier les écarts d'accès aux soins entre les territoires. Il permet de dépasser une lecture fondée uniquement sur la densité médicale pour s'intéresser à la capacité réelle des habitants à obtenir une consultation.



3.2.1 Le cas spécifique des médecins généralistes et spécialistes

Pour la profession médicale, la stratégie repose sur une modulation des revenus et des aides à l'installation, sans recours à un conventionnement sélectif (la régulation par le numerus clausus n'étant pas activée sur ces zones via ces contrats). Les principaux leviers identifiés sont :

- Le soutien à la primo-installation : Une aide forfaitaire de 10 000 € est accordée pour toute installation en ZIP ou Quartier Prioritaire de la Politique de la Ville (QPV). Ce dispositif est complété par une majoration significative des honoraires du médecin traitant (Forfait médecin traitant) : +50 % la première année, +30 % la deuxième et +10 % la troisième année, garantissant un revenu sécurisé durant la phase de constitution de la patientèle.
- Le maintien dans les zones critiques : Pour les médecins déjà installés en ZIP/QPV, une majoration pérenne de 10 % sur les actes de médecin traitant vise à décourager les départs.
- Le développement de l'offre secondaire : afin de mailler le territoire au-delà du cabinet principal, une aide de 3 000 € est prévue pour la création de cabinets secondaires en ZIP, favorisant une présence médicale ponctuelle dans les bourgs ruraux isolés.



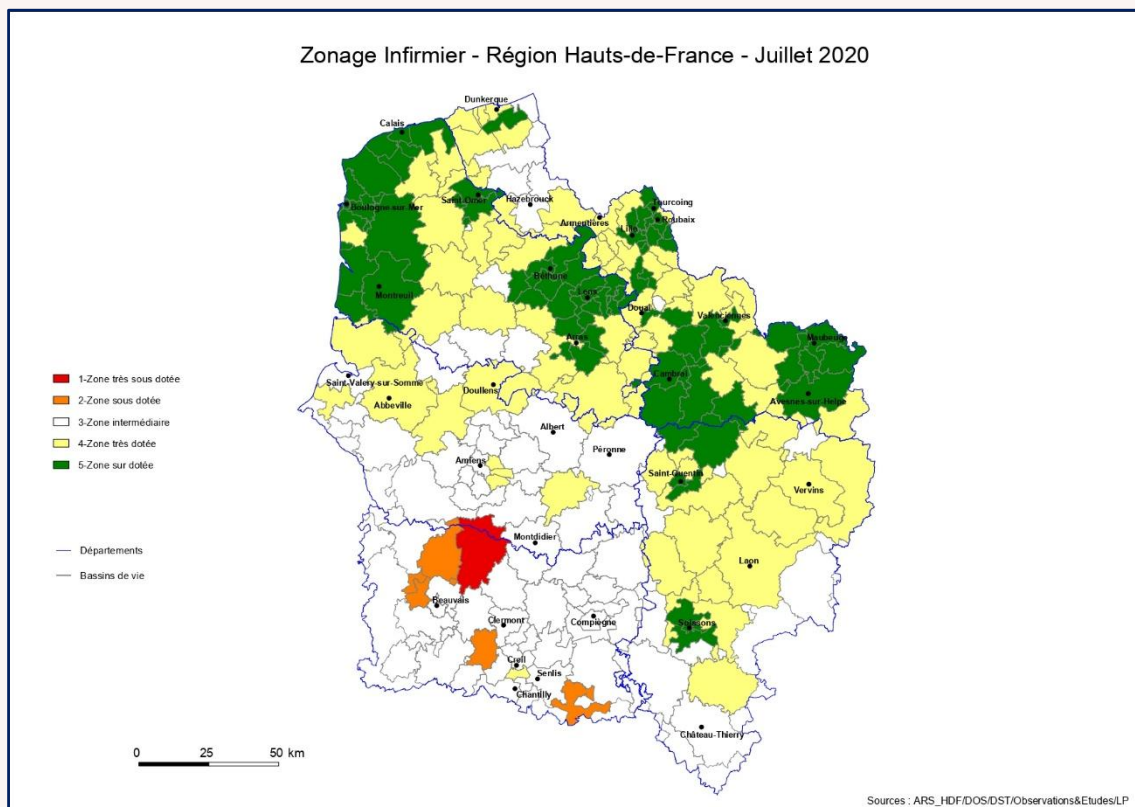


3.2.2 Des contrats incitatifs pour les autres professions de santé

L'analyse fine du zonage par l'ARS Hauts-de-France révèle que la "sous-densité" ne touche pas uniformément le territoire selon la profession considérée. Là où un territoire peut être saturé en kinésithérapeutes, il peut être en pénurie critique de sages-femmes. Les cartes suivantes illustrent cette complexité et justifient le ciblage précis des différents contrats (Contrat d'Aide à l'Installation / Contrat d'Aide au Maintien).

A. Les infirmiers libéraux : une pénurie structurelle étendue

Le zonage infirmier, établi sur la base des bassins de vie, met en évidence une carence particulièrement marquée dans le sud de la région (Oise et sud de l'Aisne) et dans certaines zones rurales de la Somme. Les zones classées « très sous-dotées » (niveau 1) et « sous-dotées » (niveau 2) couvrent une petite partie du territoire de l'Oise et du sud de l'Aisne, indiquant que les aides à l'installation (jusqu'à 37 500 €) doivent être déployées à grande échelle pour garantir l'accès aux soins de premier recours.

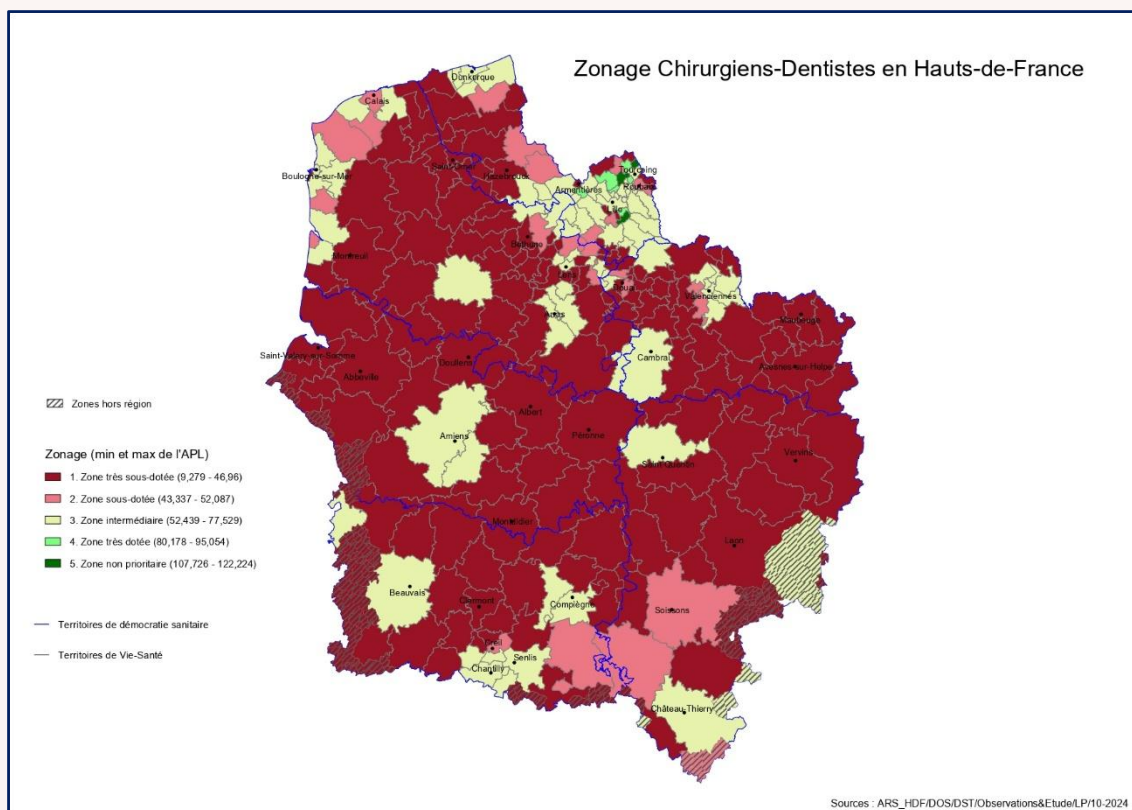


La carte montre la répartition en 5 niveaux, du rouge foncé (très sous-doté) au blanc (sur-doté), mettant en exergue les vastes zones rouges dans l'Oise et l'Aisne.



B. Les chirurgiens-dentistes : une inégalité d'accès aux soins bucco-dentaires

Contrairement aux infirmiers, la répartition des chirurgiens-dentistes présente des poches de surdensité autour des grands pôles urbains (Lille, Amiens), tandis que les zones frontalières et rurales (Thiérache, Boulonnais, sud de l'Aisne) souffrent d'une offre insuffisante. Le zonage 2024 définit des zones « très sous-dotées » où l'offre est inférieure à 47 équivalents temps plein pour 100 000 habitants, justifiant le montant élevé du contrat d'aide (50 000 €) pour ces secteurs précis.

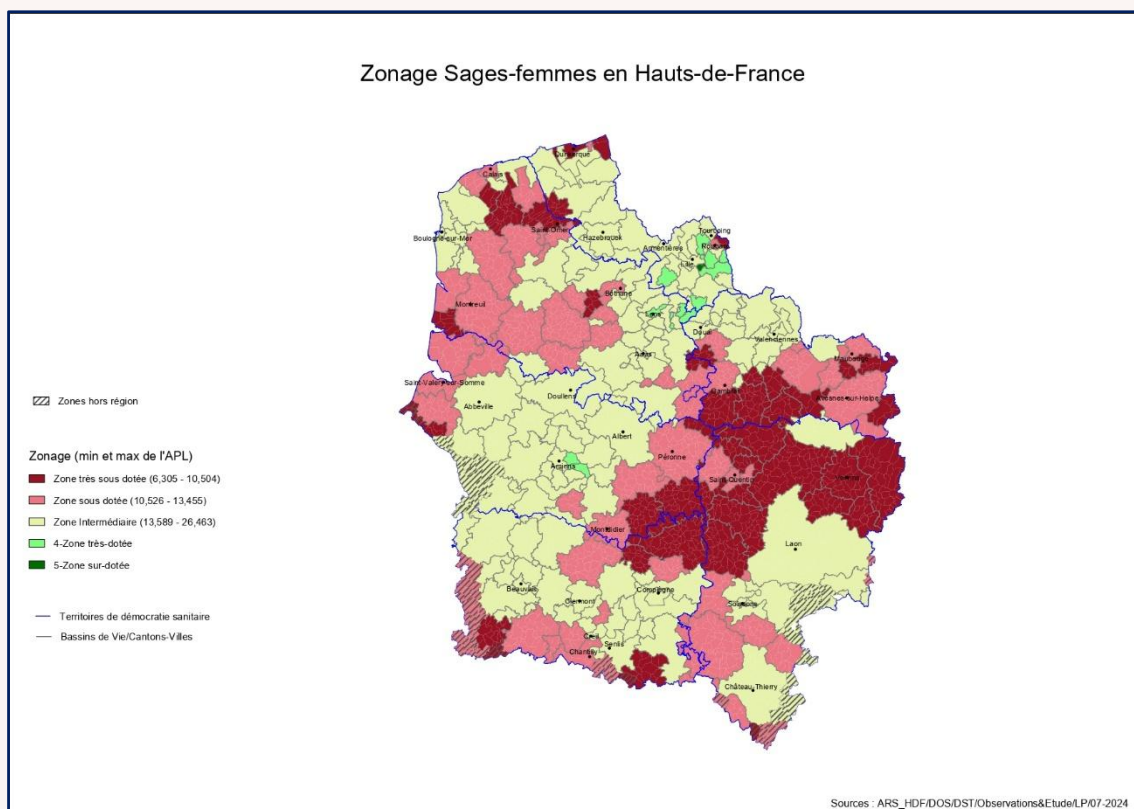


La carte utilise un code couleur allant du rouge (zone très sous-dotée) au vert clair (zone non prioritaire), montrant une fragmentation plus marquée entre zones urbaines et rurales.



C. Les sages-femmes : un maillage territorial à renforcer pour la périnatalité

Le zonage des sages-femmes (2024/2025) révèle une situation critique dans de nombreux bassins de vie, avec des zones « très sous-dotées » où l'offre est inférieure à 10,5 professionnels pour 100 000 habitants. Ces déserts concernent aussi bien des secteurs ruraux que certaines périphéries urbaines mal desservies. La concentration des aides (contrat d'aide à la première installation des sages-femmes (CAPISF), contrat d'aide à l'installation des sages-femmes (CAISF) et contrat d'aide au maintien des sages-femmes (CAMSF) a pour objectif de garantir la sécurité du parcours de naissance et réduire les temps de trajet pour les futures mères.

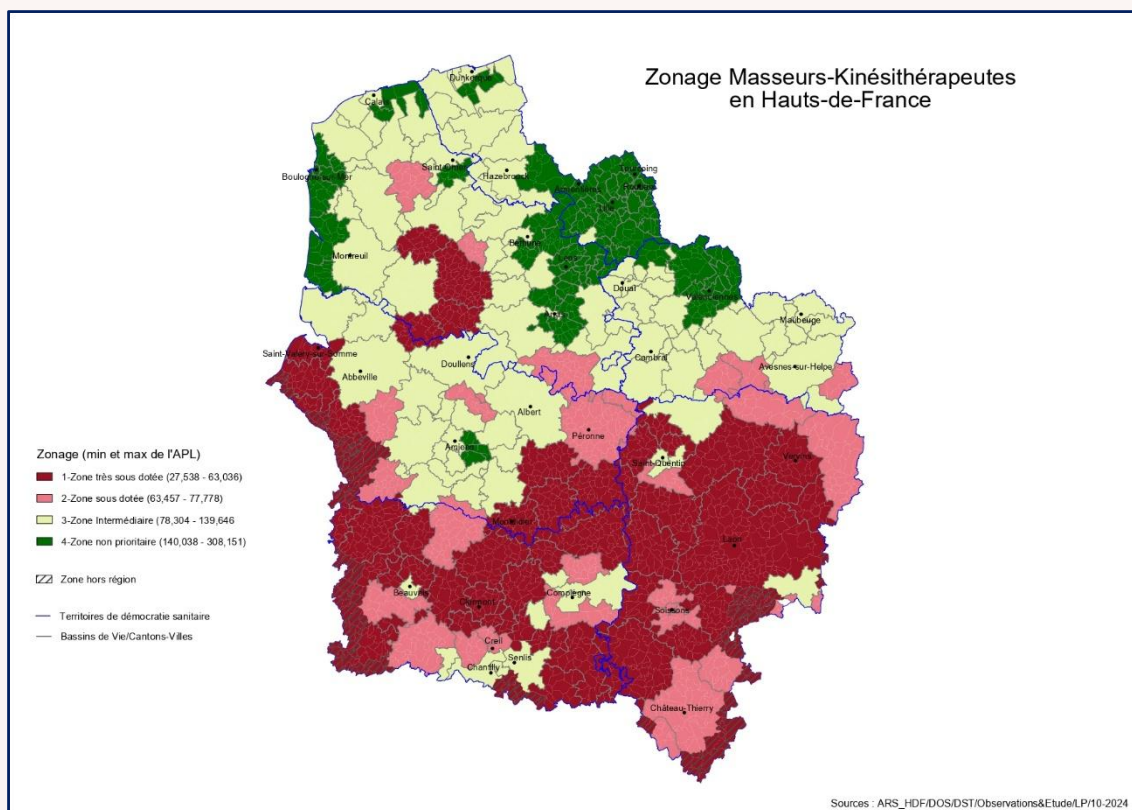


La carte met en évidence de larges zones rouges et roses (sous-dotées) traversant la région, soulignant la nécessité d'un maillage plus fin que pour d'autres professions.



D. Les masseurs-kinésithérapeutes : entre saturation urbaine et déserts ruraux

La profession de masseur-kinésithérapeute illustre parfaitement le phénomène de polarisation. Si certaines zones sont classées « non prioritaires » avec une offre très abondante (jusqu'à 308 pour 100 000 habitants autour des métropoles), de vastes territoires ruraux restent « très sous-dotés » (moins de 63 pour 100 000 habitants). Le zonage 2024 guide ainsi les aides vers les bassins de vie où l'accès aux soins de rééducation est compromis, l'objectif étant d'éviter de renforcer la saturation dans les zones déjà bien pourvues.

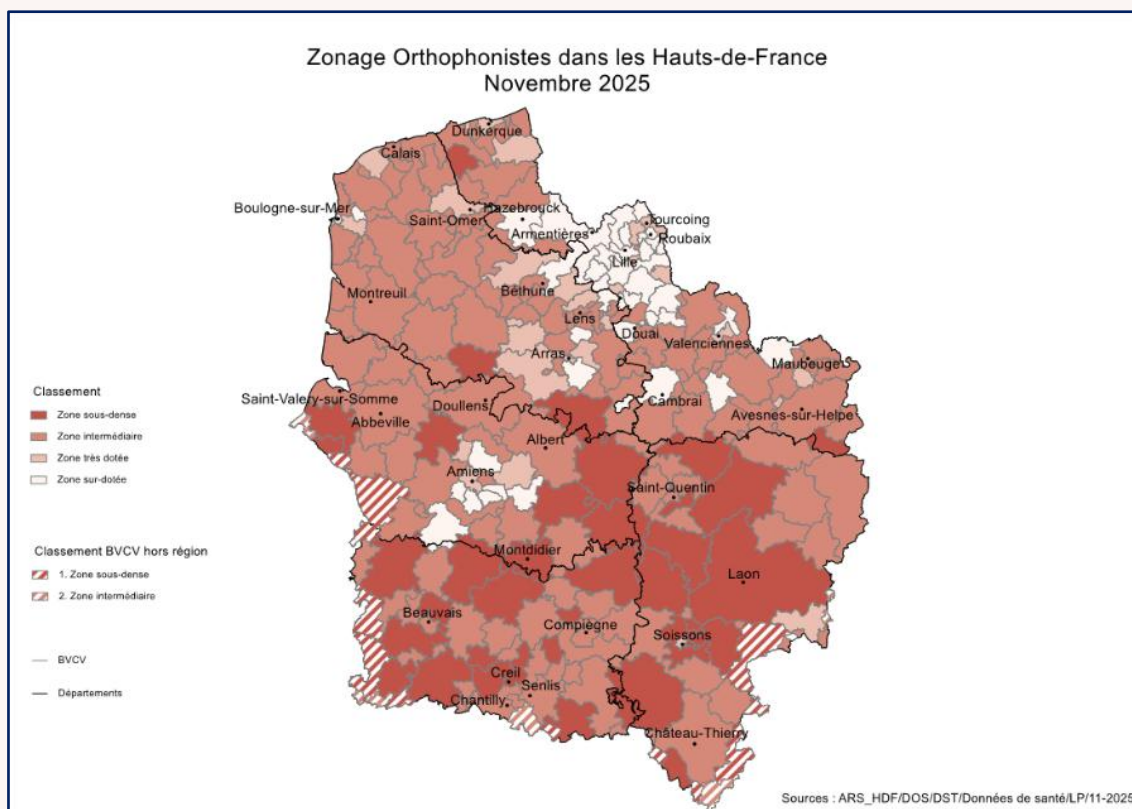


Le contraste est net sur cette carte entre les zones blanches/vertes (non prioritaires) concentrées autour des villes et les zones rouges (très sous-dotées) dans les campagnes.



E. Les orthophonistes : des délais d'attente critiques dans les zones sous-denses

Enfin, le zonage de novembre 2025 pour les orthophonistes confirme une tension forte sur l'ensemble du territoire régional, avec une prédominance de zones « sous-denses » et « intermédiaires ». Les zones blanches (sur-dotées) sont rares et limitées aux cœurs métropolitains. Cette configuration permet à l'ARS Hauts-de-France de justifier le déploiement massif des contrats d'aide à l'installation (contrat d'aide à l'installation des orthophonistes (CAIOP) et la nécessité de cibler prioritairement les bassins de vie classés en rouge foncé, où l'accès aux soins de rééducation orthophonique est le plus compromis.



La carte montre une prédominance de teintes rouges (zones sous-denses) sur la majeure partie de la région, avec très peu de zones blanches (sur-dotées).

3.2.3 Synthèse : Une réponse différenciée selon les spécificités locales

La superposition de ces cinq zonages démontre qu'il n'existe pas un désert médical unique, mais plusieurs déserts "spécialisés". La stratégie de l'ARS Hauts-de-France, en modulant les aides selon la profession et la zone précise (ZIP, ZAC, bassin de vie), tente de répondre à cette complexité. Cependant, comme le soulignent les tendances démographiques, ces incitations financières restent insuffisantes. Ces dispositifs gagneraient à s'inscrire dans une dynamique plus large de consolidation de l'exercice coordonné, notamment au sein des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), afin de favoriser une attractivité durable des territoires au-delà de la période de contractualisation.



PARTIE II — De 2012 à 2026 : l'évolution du rapport des usagers au système de santé

Chapitre 1 — Comparatif 2012 – 2026 : évolutions des pratiques et permanence des freins

1.1 Contexte : de l'observation ponctuelle à la photographie régionale

L'enquête initiale, menée par le CISS (devenu France Assos Santé) entre 2012 et 2017, a posé les jalons de la compréhension des inégalités d'accès aux soins dans les Hauts-de-France. Réalisée en trois temps distincts sur cinq territoires (Douchy-les-Mines, Fruges-Hucqueliers, Amiens, Compiègne, Saint-Quentin), elle avait une approche cumulative et territoriale.

L'enquête "La santé : quelle(s) réalité(s) ?" par l'Observatoire territorial des Usagers de la Santé (2025-2026) vient actualiser ce diagnostic dans un contexte de crise sanitaire post-COVID et de tension accrue sur l'offre de soins. Si la méthodologie des focus groupes reste le socle commun pour garantir la comparabilité des discours, la démarche actuelle se distingue par une volonté de synthèse régionale immédiate et l'intégration de nouveaux territoires critiques (Ham, La Thiérache).

1.2 Une méthodologie adaptée aux enjeux actuels

Plutôt qu'une opposition binaire entre les deux études, il s'agit de lire une évolution des pratiques d'enquête pour coller à la réalité du terrain :

- **Temporalité et cohérence** : Là où la première enquête s'est étalée sur 5 ans (2012-2017), risquant de lisser les évolutions temporelles, "La santé : quelle(s) réalité(s) ?" capture une photographie simultanée de la région sur 8 mois (août 2025 - avril 2026). Cela permet de comparer les territoires à un instant T, dans un contexte de crise homogène.
- **Qualitatif versus quantitatif** : Si le nombre total de participants est inférieur dans "La santé : quelle(s) réalité(s) ?" (62 usagers contre 130 pour la première édition de l'Observatoire Territorial des Usagers de la Santé), la densité de l'analyse est renforcée. L'enquête actuelle ne cherche pas la représentativité statistique pure, mais la saturation des discours : les mêmes thèmes reviennent avec une telle force sur tous les territoires que le diagnostic est stabilisé.
- **Diversité des publics et critères de sélection rigoureux** : Un effort notable a été porté sur l'inclusion des publics fragiles. La part d'hommes a plus que doublé (de 11,5 % à 27,4 %), et l'identification des bénéficiaires de la C2S (Complémentaire Santé Solidaire) est désormais systématique (11 personnes sur 62), permettant une analyse fine de l'impact de la précarité financière.

Pour garantir cette diversité, un cahier des charges strict a été imposé aux prescripteurs locaux (associations, CCAS, maisons de santé) :

- **Objectifs démographiques** : Viser 10 participants par groupe avec une répartition équilibrée par genre (tendance 50/50), par génération (de la Gen Z aux Baby-boomers) et par composition familiale (personnes seules, couples, familles monoparentales).



- **Critères d'exclusion ajoutés** : Pour préserver la liberté de parole et la pertinence des échanges, il a été décidé en cours d'enquête d'exclure les Représentants des Usagers (RU) dont le regard expert et le langage codifié diffèrent du vécu brut et, dans la mesure du possible, les professionnels ayant procédé à la cooptation (pour éviter les biais d'autorité ou de confirmation).
- **Ajustements terrain** : Dans certains cas rares, face à un absentéisme critique, une professionnelle de l'accompagnement a été intégrée comme usager après un échange préparatoire pour s'assurer de sa posture, afin de garantir la diversité du panel.
- **Élargissement du prisme** : "La santé : quelle(s) réalité(s) ?" intègre pour la première fois 17 entretiens individuels avec des professionnels de première ligne. Ce croisement des regards (usagers + professionnels) permet de confronter les vécus et d'identifier les points de rupture dans le parcours de soins.

1.3 Limites méthodologiques et transparence : ce que l'enquête ne capture pas

La méthode des focus groupes, bien que riche, comporte des limites structurelles qu'il est essentiel de reconnaître pour interpréter correctement les résultats :

- **Le biais de cooptation et l'angle mort des « invisibles »** : Le recrutement via des structures relais (associations, travailleurs sociaux) signifie que les participants sont déjà « connectés » aux réseaux de soins ou d'accompagnement. Cette méthode ne permet pas d'atteindre les publics « invisibles » : ceux en rupture totale avec le système, sans domicile fixe, ou en grande défiance institutionnelle. Leurs voix, bien que cruciales, ne sont pas représentées dans ce panel. Les résultats doivent donc être lus comme le reflet des usagers en lien avec les structures, et non de l'ensemble de la population.
- **Les aléas de la mobilisation et lacunes territoriales** : Réunir une dizaine de personnes hétérogènes reste un défi logistique majeur, particulièrement dans des contextes de précarité et de mobilité réduite. Plusieurs sessions ont subi des perturbations impactant la composition idéale des groupes :
 - **Absences et groupes réduits** : Plusieurs sessions (Compiègne, Nouvion-en-Thiérache) ont subi un taux d'absentéisme important, réduisant la diversité initialement prévue. Dans l'un des territoires, une seule participante était présente, transformant le focus groupe en entretien individuel approfondi (qui a néanmoins livré des données précieuses).
 - **Le revers de Douchy-les-Mines** : Aucun focus groupe n'a pu être réalisé sur ce territoire historique de l'enquête OTUS. Un climat politique local tendu, couplé à la période des élections municipales, a créé un blocage institutionnel total malgré les relances auprès de la structure cible, de la mairie et des élus. Une proposition d'organisation chez l'habitant a également échoué. Cette absence constitue une lacune géographique dans l'analyse régionale 2026.

Conclusion sur la portée de l'échantillon : L'échantillon de 62 usagers n'a pas vocation à être statistiquement représentatif de la population des Hauts-de-France. Il offre en revanche une représentativité sociologique qualitative. Les résultats sont à interpréter comme des signaux forts et des illustrations incarnées des enjeux structurels, qui résonnent avec les données quantitatives régionales et les autres enquêtes nationales (FHF, France Assos Santé).



1.4 Les axes de comparaison : continuité et rupture

Pour assurer la comparabilité, le guide d'entretien de "La santé : quelle(s) réalité(s) ?" a conservé les grands thèmes structurants de l'enquête initiale, tout en intégrant les nouvelles réalités (numérique, santé mentale).

Thèmes d'analyse	Enquête Initiale (2012-2017)	Enquête "La santé : quelle(s) réalité(s) ?" (2026)	Évolution de l'approche
1. Représentations	Définition de la santé, rôle de l'utilisateur.	Idem à l'enquête initiale et impact de la crise COVID.	La santé est désormais perçue comme plus fragile et "sous tension".
2. Accès aux soins	Notion de désert médical, choix du médecin.	Idem à l'enquête initiale et saturation, sélection à l'entrée.	Le "désert" n'est plus seulement géographique, il est aussi temporel (délais) et administratif.
3. Parcours et stratégies	Relation médecin traitant, "Système D", urgences.	Idem à l'enquête initiale et rôle des sages-femmes, pharmaciens.	Les stratégies de contournement se sont professionnalisées et complexifiées.
4. Numérique et informations	Usage d'internet, information santé.	Idem à l'enquête initiale et IA, Doctolib, fracture numérique.	Le numérique est devenu un passage obligé, créant une nouvelle forme d'exclusion.
5. Profils sociaux	Catégories socio-professionnelles classiques.	Profilage sociologique dynamique.	Nouveauté majeure : Voir ci-dessous.

1.5 L'apport majeur : du classement statistique au profilage sociologique

C'est sur l'analyse des profils que la rupture méthodologique est la plus forte, et la plus pertinente.

- **L'approche précédente (2012-2017) :** Elle s'appuyait principalement sur des catégories sociodémographiques standards (CSP, revenus, âge). Si ces données sont utiles, elles ont tendance à "mettre les usagers dans des cases" et à masquer la complexité de leur rapport à la santé. Un ouvrier et un employé peuvent avoir des revenus similaires mais des stratégies de soins radicalement différentes.
- **L'approche "La santé : quelle(s) réalité(s) ?" (2026) :** Nous avons développé un profilage sociologique dynamique. Plutôt que de classer les participants selon ce qu'ils sont (leur statut), nous les avons profilés selon ce qu'ils font et comment ils perçoivent leur réalité (leurs postures).



- *Exemple* : Nous identifions désormais des profils comme les "Battants", les "Dépendants", les "Alternatifs" ou les "Désarmés".
- *L'intérêt* : Cela permet de comprendre que la précarité ne produit pas toujours du renoncement passif ; elle peut aussi engendrer une activité débordante de "débrouilles" (les Battants) ou un recours à des pratiques de soins non conventionnelles (les Alternatifs).

1.6 Évolution des résultats : ce qui a changé (et ce qui s'est aggravé) depuis 2012

L'analyse croisée des deux enquêtes met en lumière une transformation profonde des perceptions, des habitudes et de la relation des usagers avec le système de santé. Si certains fondamentaux persistent, le contexte de crise a radicalisé les comportements et complexifié les parcours.

1.6.1 Une redéfinition de la santé : vers une approche globale contrainte

La perception de la santé a évolué d'une vision passive ("l'absence de maladie" ou un état "vide") vers une conception plus globale, intégrant désormais indissociablement le lien entre le corps et l'esprit. Parallèlement, l'usager est devenu, par la force des choses, un acteur central de sa propre santé. Cette posture n'est pas toujours un choix émancipateur, mais souvent une nécessité imposée par un système qui n'accompagne plus comme auparavant. Pourtant, une constante traverse les décennies : la résilience des usagers. Qu'il s'agisse des enquêtes passées ou actuelles, les stratégies hors-système (remèdes de grand-mère, automédication, phytothérapie) restent des piliers incontournables du recours aux soins.

1.6.2 L'accès aux soins : la fin du "libre choix", l'ère de la "disponibilité"

Si la crainte des fermetures d'hôpitaux et des départs en retraite des médecins était déjà présente, elle s'est aujourd'hui muée en une réalité avérée de désertification. Là où les maisons de santé parviennent partiellement à combler le vide pour les généralistes, le déficit est total pour les spécialistes. Cette tension a bouleversé les critères de choix des usagers pour leurs professionnels de santé. Là où la confiance, le "feeling" et l'humanité primaient, la disponibilité est devenue l'unique critère de sélection. Nous assistons à la fin du libre choix du médecin et à l'avènement d'une "médecine de la disponibilité" : on ne choisit plus son soignant, on prend celui qui reste.

1.6.3 Des obstacles multipliés : de la barrière financière à la saturation mentale

La nature des obstacles a également muté. Si le coût (reste à charge) et la distance géographique restaient les freins majeurs il y a dix ans, rejoints plus tard par les délais d'attente, le constat actuel est plus sombre. Les usagers décrivent aujourd'hui des délais incompressibles et une complexification numérique du parcours de soins. Au-delà des barrières pratiques, c'est une saturation mentale et un épuisement qui émergent des discours : la simple démarche de se soigner est devenue une source d'anxiété majeure.

1.6.4 Stratégies et parcours : l'ingéniosité face à l'effritement de la relation de soin

La relation au médecin traitant, autrefois perçu comme un prescripteur de confiance (même si déjà jugé peu pédagogue), s'est considérablement effritée. La déception est unanime : manque de temps, écoute absente, relation déshumanisée. Les usagers ont intégré cette réalité avec



Chapitre 2 — La voix des acteurs de terrain : enseignements tirés des entretiens exploratoires²⁴

Nous avons construit la grille d'entretien en nous basant sur le PRS (Projet Régional de Santé). Notre volonté était de voir si, sur le terrain, il y a des impacts concrets du PRS et si, celui-ci était en adéquation avec les besoins de la région.

Une grille d'entretien a donc été réalisée avec plusieurs thématiques ciblées :

- promotion de la santé et prévention ;
- accès aux soins territorialisés ;
- les enjeux de la e-santé ;
- coordination des parcours et qualité du système de soin ;
- mobilisation des territoires et démocratie sanitaire ;
- veille, gestion des risques et santé tout au long de la vie.

L'objectif de réalisation de ces entretiens était quadruple :

1. comprendre les impacts du PRS sur le terrain ;
2. récolter la parole des professionnels qui sont au contact des usagers et qui travaillent de près ou de loin sur la santé ;
3. avoir des données conséquentes pour, par la suite, construire des kits d'animations pour les focus groupes ;
4. avoir un ancrage territorial pour la constitution des focus groupes.

Nous avons ainsi réalisé 17 entretiens avec des coordinatrices de CLS, CLSM, des salariés dans des CCAS, des élus à la santé, un coordinateur d'une CPTS, une psychologue, ... De multiples profils afin de pouvoir avoir une vision élargie de la santé sur les territoires.

On constate que les acteurs interviewés ne sont pas forcément des « initiés » du champ de la santé et répondent « sous le prisme de leur champ professionnel ». Ils mettent en avant des enjeux qui relèvent de leur champ, leurs publics « leur zone de confort » professionnelle ou leur engagement dans le cas d'élus. L'exemple du pharmacien (membre d'une CPTS) illustre ce poids du champ professionnel dans l'expression des réponses. Il porte tout le long de son entretien des enjeux liés à la profession :

« le temps »,

« d'un dossier qui m'a pris 15 minutes »,

« enfin en 10 ans de temps on a quand même eu le vaccin en plus là en 10 ans on vaccine »,

« c'est le temps à avoir pour justement pour faire ces nouvelles missions qui je pense sont importantes mais faut vraiment vraiment pas le temps quoi ce n'est pas possible à mettre en place »,

« mais la coordination aussi entre les professionnels de santé libéraux et de finalement de la délégation de tâches de plus en plus importantes de médecins vers d'autres professions

²⁴ Analyse des entretiens réalisée par HB étude et conseil



- **Sous l'angle de la mobilité :**

« elle (la médiatrice santé) essaie justement de d'accompagner soit physiquement, au niveau des rendez-vous médicaux ».

« Moi, je vois la référente santé qui accompagne beaucoup dans la prise de rendez-vous. Ben c'est compliqué, elle est obligée des fois d'aller très loin et le problème c'est la mobilité aussi, donc elle des fois elle peut essayer de les emmener hein mais c'est compliqué vraiment nous ».

« le dispositif mon psy. Les psychologues sont quand même à 01h00 de route en général pour les jeunes ».

- **Sur le sujet des délais pour obtenir un rendez-vous :**

« Mais comme c'est onéreux et qu'il faut faire quand même pas mal de kilomètres pour avoir un dentiste ? Euh. Sachant que la prise en charge ça va être entre 6 et 8 mois d'attente ».

« Ici à la maison de santé qui marche plutôt bien. Après il y a des dentistes sur Hesdin. Les gens ils ne se plaignent pas, s'ils disent que c'est long pour avoir un rendez-vous, mais ça ce n'est pas. Entre être long pour avoir un rendez-vous et pas avoir de rendez-vous c'est autre chose. »

« On a des difficultés comme dans tous les territoires parce que certes, mais on a, on arrive quand même à avoir des rendez-vous en fonction des problématiques. Ouais non on a je ne pourrais pas dire qu'alors la grosse problématique ça reste quand même la longueur des rendez-vous qu'on pourrait prendre par exemple avec le CMP. »

« Non, n'y a pas de difficulté. Il faut juste. Il faut être patient pour avoir parfois des rendez-vous qui sont très longs. Mais ça c'est je pense que c'est de manière générale, ce n'est même pas de chez nous »

« Oui, y a des besoins de toute façon, y a des besoins, ça c'est certain. Y a des besoins. L'accès est facile, non, pas facile, c'est facile, mais avec des délais qui sont très longs ».

- **Via les applications de santé :**

« L'usage Doctolib »

« Ameli, mon espace, mon espace santé, Doctolib, toutes les applications où on peut justement prendre des rendez-vous avec les spécialistes ».

2.1.2 Les médecins traitants

« Une population qui arrive trouver un médecin traitant, ce n'est pas facile ».

« Quand on a plus de médecin traitant parce qu'ils partent tous à la retraite »

« La CPTS aussi peut aider à la recherche d'un médecin traitant »

« Des médecins traitants, euh bah ils se refusent des patients parce qu'ils ont déjà ils sont surbookés »

« Plus de médecin traitant, plus de pas de service d'urgence mis à part l'hôpital,

« Les gens sont chiants donc. Et puis les médecins sont moins tolérants parce que parce que surmenés ».



« A un moment donné, mais on l'a plus maintenant. On a eu à un moment donné il y a 2, 3 ans peut-être des demandes dans le cadre du CCAS pour des gens qui n'avaient plus de médecin traitant »

« On s'est retrouvés avec énormément de personnes des quartiers prioritaires qui ne se retrouvaient sans médecin traitant ».

2.1.3 La santé mentale

« Dernièrement si sur la dernière année, vraiment des demandes santé mentale ».

« Aujourd'hui on a vraiment des problématiques de santé, c'est à dire des gens qui sont qui ont, pour 90% des gens qu'on reçoit au CHRS qui sont confrontés à des problématiques de santé mentale quand même ».

2.1.4 « Avoir la chance de ... » sur son territoire

« Aller en réunion de coordination, on ne les fera peut-être pas à chaque fois. Ben moi j'ai cette chance d'avoir l'ARS sur Amiens »

« On a quand même la chance d'avoir une maison de santé pluri disciplinaire ».

« On a eu la chance sur Compiègne d'avoir des formations de secouristes en santé mentale ».

« On a la chance d'avoir cette délégation départementale qui est vraiment à l'écoute de notre territoire parce qu'une ARS régionale, Bah c'est logique ».

« On a eu la chance d'avoir une psychologue qui est à mi-temps au cœur de la formation » (ML)

« On a la chance d'avoir la maison des parents avec un point écoute. Moi, je j'oriente beaucoup à la maison des parents » (référénte famille)

2.2 Conclusion de l'analyse des entretiens professionnels : vers la validation des hypothèses de terrain

L'analyse croisée de ces 17 entretiens révèle une réalité complexe et fragmentée. Loin d'une vision homogène du Projet Régional de Santé (PRS), chaque acteur interroge la politique de santé « depuis son balcon », à travers le prisme de sa propre culture professionnelle et de son champ d'intervention.

2.2.1 Une santé à géométrie variable selon le regard de l'acteur

Il n'existe pas un discours unique sur la santé, mais une multiplicité de réalités juxtaposées :

Pour les acteurs du social et de la politique de la ville (CCAS, centres sociaux), la santé est avant tout une question d'accès aux droits, de mobilité et d'accompagnement physique vers le soin. Ils maîtrisent parfaitement le vocabulaire institutionnel (CPTS, CLS, QPV) et citent une multitude d'actions, témoignant d'une forte "socio-culture" de la prévention. Pour les professionnels de santé libéraux (ex : pharmacien en CPTS), la santé se résume souvent à une question de temps et de reconnaissance. Leurs discours mettent en lumière la tension entre des missions élargies (vaccination, délégation de tâches) et un manque criant de temps pour les mettre en œuvre, révélant un sentiment de reconnaissance insuffisante.



2.2.2 Le constat d'un système sous tension : entre "chance" et "rupture"

Deux dynamiques contradictoires émergent fortement des verbatims :

La fracture de l'accès : Le consensus est total sur la difficulté d'accès aux soins, non pas par absence totale d'offre, mais par saturation des délais. La notion de "désert médical" évolue : ce n'est plus seulement l'absence de médecins, c'est l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous dans un temps raisonnable ("être patient", "attendre 6 à 8 mois"). La mobilité devient alors un frein majeur, transformant l'accès aux soins en parcours du combattant géographique.

La loterie territoriale : La notion de "chance" revient de manière récurrente ("avoir la chance d'avoir une MSP"). Cela souligne que l'accès aux soins dépend aujourd'hui davantage de la présence fortuite d'une structure locale ou d'un professionnel engagé que d'une politique régionale uniforme. Là où la "chance" opère, la coordination fonctionne ; là où elle fait défaut, le système se grippe.

2.2.3 La santé mentale : le nouveau point de rupture

Un sujet émerge avec une force inédite par rapport aux enquêtes précédentes : la santé mentale. Qualifiée de problématique majeure (notamment dans l'hébergement d'urgence et chez les jeunes), elle cristallise toutes les tensions : manque de psychologues, délais incompressibles au CMP, et nécessité de solutions alternatives (Maisons des Parents, points écoute).

2.2.4 Transition vers les hypothèses de travail

Ces entretiens, bien que marqués par la subjectivité des champs professionnels, ont permis de circonscrire les zones de tension réelles. Ils ne dressent pas un état exhaustif de l'offre, mais révèlent comment cette offre est perçue et vécue par ceux qui sont en première ligne.

Ils mettent en lumière des contradictions flagrantes :

- entre un PRS ambitieux sur le papier et une réalité de terrain où le "temps" et la "mobilité" sont les vrais déterminants de l'accès ;
- entre une coordination institutionnelle existante (CPTS, CLS) et un usager qui, lui, se heurte à des murs (refus de prendre de nouveaux patients, délais de 8 mois).

C'est précisément pour confronter ces perceptions professionnelles à la réalité vécue par les principaux concernés que nous avons construit la suite de notre démarche. Les entretiens ont servi à affiner nos hypothèses que nous avons testé directement auprès des usagers lors des focus groupes.

2.3 Les hypothèses de travail : du discours professionnel à la vérification sur le terrain

Sur la base des 17 entretiens réalisés avec les acteurs de terrain et de l'analyse documentaire du Projet Régional de Santé (PRS), nous avons identifié 6 hypothèses majeures qui structurent notre enquête "La santé : quelle(s) réalité(s) ?". Ces hypothèses ne sont pas des affirmations, mais des chantiers de vérification que nous avons soumis à l'épreuve des focus groupes avec les usagers.

L'objectif était de confronter le regard des professionnels (souvent institutionnel ou sectoriel) à la réalité vécue, intime et quotidienne des habitants.



2.3.1 Hypothèse 1 : La confiance entre pairs comme vecteur unique de communication

- **Le constat professionnel** : Les acteurs s'accordent à dire que la communication descendante ("top-down") échoue. Pour toucher les publics fragiles, il faut passer par la confiance locale, les associations, les centres sociaux et l'échange horizontal.

« Les moyens les plus efficaces pour communiquer auprès de la population au niveau de la santé ? »

C'est le soutien des associations, des centres sociaux, des espaces de vie sociale en local, c'est parce qu'il faut absolument qu'il y ait la confiance qui s'établisse pour pouvoir échanger avec l'habitant »

« Quels sont les moyens pour communiquer efficacement en auprès de ces populations qui ont des difficultés à prendre ces messages-là ? »

Ma foi, faut aller vers eux, en fait, faut aller dans les lieux où ils ont-ils ont l'habitude d'aller

« Pour moi, ce qui fonctionne, c'est plus quand on est dans l'échange, si c'est descendant, on perd tout le monde (...) il faut que ce soit du concret. Il faut que ce soit dans l'expérience, dans l'expérimentation, pour moi, hein. Pour moi, c'est ce qui marche ».

- **Ce que nous avons testé** : Est-ce que les usagers confirment que l'information santé passe prioritairement par leur entourage (famille, amis, pairs) plutôt que par les campagnes institutionnelles ? La "confiance entre pairs" est-elle le vrai moteur de la prévention ?

2.3.2 Hypothèse 2 : les urgences comme stratégie de soin par défaut

- **Le constat professionnel** : Face à l'absence de solutions en ville, les professionnels observent que la stratégie dominante des usagers, surtout pour les publics précaires, est le recours systématique aux urgences hospitalières.

« Quelle stratégie adopte-t-elle pour se soigner ? Alors beaucoup urgence du CHU ».

« Et Ben, sincèrement, c'est un proche qui qui du coup contacte ou les emmène aux urgences. »

« Des stratégies qu'ils adoptent en fait pour se soigner ? Comment ça se passe ? Des stratégies ? Bah ils vont aux urgences hein ? »

- **Ce que nous avons testé** : Le recours aux urgences est-il vraiment un choix stratégique assumé par les usagers, ou est-il subi ? Est-il vécu comme une solution ou comme un échec du système de ville ? La culpabilité d'encombrer les urgences a-t-elle disparu ?

2.3.3 Hypothèse 3 : l'effet COVID – entre amélioration des processus et fatigue chronique

- **Le constat professionnel** : La crise sanitaire aurait laissé un héritage positif : une meilleure préparation, des procédures améliorées et une résilience accrue face aux crises.

« Le COVID a aussi permis la création de pas mal de procédures et de process ».

« Mais on est certainement mieux préparé parce qu'on l'a déjà vécu une fois ».



- **Ce que nous avons testé** : Les usagers partagent-ils ce sentiment de "meilleure préparation" ? Ou au contraire, la période post-COVID est-elle vécue comme une période de rupture, de défiance accrue et d'épuisement face à un système encore plus tendu ?

2.3.4 Hypothèse 4 : le renoncement aux soins, nouvelle norme silencieuse

- **Le constat professionnel** : La distinction entre "refus de soins" (refus d'un médecin de soigner un patient) et "renoncement" (le fait pour une personne de ne pas engager, de reporter ou d'interrompre une démarche de soins dont elle ressent pourtant le besoin) tend à s'effacer. Le renoncement, motivé par le coût ou les délais, devient la règle pour les publics vulnérables.

« Alors le refus de soins. Il est surtout en lien avec le renoncement aux soins, c'est à dire c'est qu'alors des refus de soins, on peut en avoir sur des gens. Voilà. Moi je connais malheureusement sur des gens qui sont soit âgés ou qui ne veulent pas. Mais c'est plus un renoncement aux soins des fois soit. Pour des raisons financières, pour des raisons d'arriver à accéder rapidement à un soin »

NB : Ici le refus de soins est entendu comme renoncement par le professionnel.

- **Ce que nous avons testé** : Comment les usagers nomment-ils ce phénomène ? Est-ce un renoncement "subi" ou une forme de résignation active ("je fais avec") ? Quels types de soins sont les premiers sacrifiés (dentaire, optique, spécialistes, santé mentale) ?

2.3.5 Hypothèse 5 : la santé mentale – une construction sociale encore invisibilisée par les usagers ?

- **Le constat professionnel** : Les professionnels ont le sentiment que la santé mentale est une demande "portée par les pros" plus que par les usagers, qui ne seraient pas toujours conscients de leurs propres troubles, les exprimant souvent de manière détournée (via les enfants, le stress).

« La santé mentale qui est spontanément évoquée par, euh les usagers que vous pouvez rencontrer ? »

« Alors, spontanément, pas forcément, alors après peut-être par exemple, les parents, ils vont parler de la santé mentale, mais via leurs enfants ils vont dire, voilà que que que leurs enfants, c'est compliqué en ce moment, qu'ils sont toujours stressés, qu'ils ont des problèmes, qu'eux-mêmes ne n'arrivent pas à comprendre. C'est vraiment ouais. Souvent, c'est par le biais de leurs enfants. »

« La santé mentale... Vous voyez. En 5 ans, vous êtes la seule à m'évoquer la santé mentale. »

« Moi j'ai l'impression. Bah j'ai l'impression que c'est plus les professionnels qui sont en demande que les usagers. Parce que souvent les usagers ils ne sont pas toujours conscients d'avoir ce genre de problème. »

- **Ce que nous avons testé** : Ce tabou persiste-t-il ? Les usagers parlent-ils enfin librement de santé mentale, ou confirment-ils qu'elle reste la "grande absente" des discours spontanés ? Comment la souffrance psychique est-elle nommée et prise en charge concrètement ?



2.3.6 Hypothèse 6 : le CCAS comme dernier rempart de la proximité sociale

- **Le constat professionnel** : Le CCAS est identifié comme la structure pivot pour les publics vulnérables (seniors, victimes de violences, SDF), jouant un rôle de filet de sécurité sociale et sanitaire.

« Le CCAS pour les personnes, les seniors, pour les, pardon, pour les femmes victimes de violence, pour les sans domicile. Le CCAS est vraiment un dispositif où... »

« Les CCAS jouent aussi beaucoup »

- **Ce que nous avons testé** : Les usagers en situation de fragilité identifient-ils le CCAS comme un recours en santé ? Ou le perçoivent-ils uniquement comme une aide administrative ? Quel est le rôle réel de ces structures dans le parcours de soins au quotidien ?

3.1 Le PRS à l'épreuve du réel : premiers écarts constatés

Le Projet Régional de Santé (PRS) des Hauts-de-France pour la période 2018-2028, révisé en 2023, structure l'action de l'Agence Régionale de Santé (ARS) autour de sept orientations stratégiques majeures dans sa première version et six dans sa version révisée. Ces orientations visent à renforcer la prévention, garantir l'accès aux soins, territorialiser les politiques de santé et renforcer la démocratie sanitaire.

Si ce cadre stratégique témoigne d'une ambition louable de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, l'enquête "La santé : quelle(s) réalité(s) ?", menée auprès des usagers et des professionnels de terrain, permet d'en interroger la mise en œuvre effective.

La confrontation entre les objectifs institutionnels du PRS et les données qualitatives et quantitatives recueillies sur le terrain met en lumière quatre écarts structurels majeurs. Ces écarts suggèrent que si les diagnostics posés par le PRS sont pertinents, les leviers d'action déployés peinent à répondre à l'urgence et à la complexité des situations vécues dans les territoires les plus fragiles.

3.1.1 Prévention promotionnelle versus déterminants sociaux de la santé : la nécessité d'une approche contextualisée

Orientation du PRS : La première orientation du PRS vise à « Réduire la fracture sociale de santé », en mettant l'accent sur le renforcement des compétences psychosociales et l'appropriation par les usagers de leur santé.

Constat de l'enquête "La santé : quelle(s) réalité(s) ?" : L'analyse croisée des discours usagers et professionnels dans les territoires critiques (Ham, Thiérache, Douchy-les-Mines) met en évidence une double réalité. D'une part, les usagers rapportent une déconnexion profonde entre les messages de prévention nationaux et leurs réalités socio-économiques. Dans des contextes où le taux de pauvreté dépasse 30 % et le chômage des jeunes atteint 38 %, la prévention centrée sur les « comportements individuels » (alimentation équilibrée, activité physique régulière) est perçue comme une injonction paradoxale. Les usagers décrivent une incapacité structurelle à appliquer les recommandations nutritionnelles en raison de leur coût prohibitif (« Les fruits ça



pèche », « *Le rosbif a disparu* »), transformant les messages de santé publique en facteurs de culpabilisation plutôt qu'en leviers d'émancipation.

D'autre part, les professionnels de terrain interrogés (acteurs sociaux, médiateurs, travailleurs sociaux) soulignent que les campagnes descendantes échouent systématiquement auprès de ces publics. Ils identifient clairement les conditions de réussite d'une prévention effective : celle-ci ne peut reposer sur une diffusion standardisée d'informations, mais doit s'ancrer dans une prévention de terrain, fondée sur l'échange direct et l'adaptation culturelle et sociale aux spécificités du public visé. Selon ces acteurs, l'efficacité repose sur la capacité à créer du lien de confiance dans les lieux fréquentés par les habitants (centres sociaux, quartiers, espaces de vie sociale) et à coconstruire les messages avec les usagers, loin d'une logique prescriptive.

Analyse de l'écart : Le PRS postule une capacité d'agir individuelle (empowerment) qui suppose un niveau de sécurité économique préalable et une adhésion à des normes sanitaires parfois éloignées des réalités locales. Or, dans les Hauts-de-France, les déterminants sociaux (revenu, logement, emploi) prévalent sur les comportements individuels. À ces déterminants sociaux s'ajoutent les déterminants commerciaux de la santé²⁵, dont la prise en compte progresse dans la recherche et les politiques de santé publique. Ils désignent notamment l'influence des pratiques commerciales des entreprises sur les comportements et les environnements de santé : marketing et publicité, promotions, prix et marges, mais également stratégies d'influence ou de lobbying susceptibles de retarder ou d'affaiblir certaines mesures de santé publique.

Dans le champ de l'alimentation notamment, les choix des individus sont ainsi influencés par l'environnement commercial dans lequel ils évoluent. Le prix, la disponibilité et la promotion des produits peuvent rendre certains produits plus accessibles que d'autres, limitant concrètement la capacité des individus à mettre en œuvre les recommandations nutritionnelles qui leur sont adressées. Cette réalité vient compléter les constats issus des focus groupes : lorsque les participants évoquent le coût de l'alimentation ou les arbitrages auxquels ils sont confrontés, ces choix ne peuvent être analysés uniquement comme le résultat d'un manque d'information ou de volonté individuelle.

L'approche actuelle, bien que ciblant théoriquement les populations vulnérables, reste insuffisamment articulée avec les politiques de lutte contre la précarité économique et manque de la flexibilité nécessaire pour s'adapter aux codes locaux. Elle gagnerait également à intégrer davantage l'environnement commercial dans lequel les comportements de santé se construisent. Les actions de prévention ne peuvent en effet reposer uniquement sur la responsabilisation des individus lorsque ceux-ci évoluent dans des environnements qui rendent certains choix plus difficiles ou plus coûteux que d'autres.

Cette approche conduit à interroger plus largement la répartition des responsabilités en matière de prévention. La responsabilisation individuelle peut avoir sa place lorsqu'elle s'accompagne de marges de manœuvre réelles, mais elle ne peut constituer à elle seule une réponse aux maladies chroniques et aux inégalités de santé. L'enjeu est également de créer un environnement réglementaire permettant d'agir sur les pratiques des entreprises et des

²⁵ World Health Organization. (2023, March 21). Commercial determinants of health. World Health Organization



distributeurs et de favoriser une commercialisation davantage compatible avec les objectifs de santé publique.

La prévention ne peut produire d'effets durables si elle n'est pas adossée à une sécurisation des conditions de vie, si elle ne prend pas en compte les déterminants commerciaux de la santé et si elle ne s'appuie pas sur les réseaux de confiance locaux identifiés par les professionnels comme les seuls vecteurs pertinents de changement.

3.1.2 Structuration de l'offre versus fragmentation de l'accès aux soins

Orientation du PRS : La quatrième orientation vise à « assurer l'accès à la santé dans les territoires » en s'appuyant sur le déploiement de structures de proximité (Maisons de Santé Pluriprofessionnelles - MSP, Communautés Professionnelles Territoriales de Santé - CPTS) et sur la transformation numérique.

Constat de l'enquête "La santé : quelle(s) réalité(s) ?" : Si les MSP sont identifiées comme des facteurs de résilience locale lorsqu'elles sont présentes (notamment à Ham et Fruges), leur effet reste circonscrit à la médecine générale. Elles ne parviennent pas à résorber le « désert de spécialistes » (gynécologues, dermatologues, psychiatres), qui constitue le motif principal de renoncement aux soins. Par ailleurs, la généralisation des outils numériques de prise de rendez-vous et de téléconsultation, présentée comme un levier d'efficience, agit de facto comme un filtre excluant pour les publics âgés, précaires ou peu diplômés, aggravant ainsi la fracture sanitaire.

Analyse de l'écart : Le PRS raisonne en termes de structuration de l'offre (création de structures), tandis que les usagers vivent une fragmentation du parcours de soins. La disponibilité immédiate du professionnel est devenue le seul critère d'accès, annihilant la notion de « parcours de santé coordonné ». Le numérique, pensé comme un facilitateur d'accès, s'est transformé en une barrière administrative pour les populations qui en ont le plus besoin, contredisant l'objectif d'inclusion sanitaire.

3.1.3 Démocratie sanitaire institutionnelle versus confiance de proximité

Orientation du PRS : La sixième orientation affirme la nécessité de « Mobiliser les usagers et les citoyens comme acteurs de la politique de santé et faire vivre la démocratie en santé » via le renforcement des instances de démocratie sanitaire (Conseils Territoriaux de Santé - CTS, Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie - CRSA) et la formation des usagers.

Constat de l'enquête "La santé : quelle(s) réalité(s) ?" : Les instances formelles de démocratie sanitaire restent largement méconnues des usagers les plus précaires, qui les perçoivent comme des espaces institutionnels éloignés de leurs préoccupations quotidiennes. En revanche, l'enquête met en évidence le rôle central de la « confiance entre pairs » et des médiateurs de proximité (centres sociaux, CCAS, associations de quartier, pharmaciens) dans la circulation de l'information sanitaire et l'orientation vers les soins.

Analyse de l'écart : Il existe un décalage entre la vision institutionnelle de la participation (siéger dans des instances) et la réalité sociologique de la mobilisation (agir dans son environnement immédiat). La démocratie en santé effective ne réside pas dans la participation aux instances régionales, mais dans la capacité du système à s'appuyer sur les réseaux de confiance existants et les tiers de confiance locaux pour atteindre les populations éloignées.



Partie III — Synthèse régionale des focus groupes





Chapitre 1 — La rupture d'accès : du désert médical à l'impossibilité d'être soigné

1.1 Un désert médical qui change de visage

Les données régionales dressent un constat désormais bien connu : les Hauts-de-France demeurent l'une des régions les plus fragiles en matière de démographie médicale. La densité de médecins généralistes reste inférieure à un praticien pour 1 000 habitants dans l'ensemble des départements. L'Aisne apparaît particulièrement vulnérable avec une densité inférieure à 0,6 médecin généraliste pour 1 000 habitants. Le vieillissement de la profession, le recours croissant aux médecins diplômés hors Union européenne et les difficultés persistantes d'installation des jeunes praticiens témoignent d'une tension structurelle durable.

Pourtant, les focus groupes révèlent une évolution majeure : pour les usagers, le problème n'est plus seulement l'absence de médecins sur un territoire. Il réside désormais dans l'impossibilité concrète d'obtenir un rendez-vous dans des délais compatibles avec leur état de santé.

Le désert médical n'est plus uniquement géographique. Il devient temporel.

Cette évolution est perceptible dans l'ensemble des territoires étudiés, y compris dans ceux disposant de structures de coordination ou de maisons de santé. À Lille, où l'offre apparaît théoriquement plus importante, les difficultés évoquées concernent avant tout la saturation des cabinets. À Fruges, Ham ou en Thiérache, l'éloignement géographique s'ajoute aux délais d'attente. Dans tous les cas, le résultat est identique : l'accès effectif aux soins se dégrade.

Les participants décrivent un système dans lequel la recherche d'un rendez-vous devient une activité à part entière.

« On appelle partout et personne ne prend de nouveaux patients. »

« Ce n'est pas qu'il n'y a pas de médecin. C'est qu'on n'arrive plus à en voir un. »

« On passe plus de temps à chercher un rendez-vous qu'à être soigné. »

Cette saturation modifie profondément la manière dont les habitants vivent leur rapport au système de santé. Là où l'accès au médecin relevait autrefois d'une démarche relativement ordinaire, il est désormais perçu comme un parcours semé d'incertitudes.

1.2 La fin du libre choix : l'ère de la disponibilité

L'un des enseignements majeurs de l'enquête réside dans la transformation du rapport entre les usagers et les professionnels de santé.

Lors des travaux conduits une décennie auparavant, les échanges faisaient encore apparaître des critères de choix liés à la confiance, à la réputation du praticien ou à la qualité de la relation humaine. Ces dimensions demeurent importantes mais elles sont désormais largement supplantées par une autre préoccupation : trouver un professionnel disponible.

Les participants décrivent tous une même logique de renoncement au choix.



« Je n'ai plus aucun critère. C'est le premier venu. »

« Avant on choisissait son médecin. Maintenant on choisit une date. »

« Quand on trouve quelqu'un qui accepte de nous prendre, on ne discute plus. »

Cette évolution n'est pas anodine. Elle traduit un basculement du système de santé vers une logique de rareté. L'utilisateur ne cherche plus le professionnel qui lui semble le plus adapté ; il cherche celui qui reste accessible.

Cette situation contribue à fragiliser la relation thérapeutique. Plusieurs participants évoquent des changements répétés de médecin traitant, des suivis interrompus ou des consultations réalisées sans véritable continuité. La notion même de parcours coordonné apparaît difficile à maintenir lorsque la disponibilité devient le premier critère d'accès.

1.3 Les spécialistes : le nouveau visage du désert médical

Si les difficultés d'accès aux médecins généralistes sont largement documentées, les focus groupes mettent en évidence une autre réalité, souvent vécue comme plus préoccupante : la raréfaction de certains spécialistes.

Les délais évoqués pour accéder à un dermatologue, un ophtalmologue, un gynécologue ou un psychiatre atteignent fréquemment plusieurs mois. Dans certains territoires, les participants estiment qu'il est devenu presque impossible d'obtenir un rendez-vous sans mobiliser des ressources personnelles importantes ou sans quitter son bassin de vie.

La situation de la gynécologie apparaît particulièrement emblématique.

Plusieurs participantes décrivent la disparition progressive des gynécologues de proximité et le recours croissant aux sages-femmes pour assurer le suivi courant.

« Chez nous il n'y a plus de gynécologue. »

« Heureusement qu'il y a les sages-femmes parce qu'on ne saurait plus où aller. »

Les difficultés sont également très présentes en dermatologie.

« Pour un dermatologue, c'est presque un an d'attente. »

« Quand on a enfin le rendez-vous, le problème est parfois déjà passé. »

La psychiatrie constitue probablement le point de tension le plus marqué. Les usagers décrivent des délais incompatibles avec l'urgence de certaines situations psychiques. Les centres médico-psychologiques sont régulièrement perçus comme saturés et les consultations libérales demeurent financièrement inaccessibles pour une partie importante de la population.

« Les CMP sont débordés (...) On dit aux gens qu'il faut y aller, mais ils se heurtent à un mur administratif et ça amène des complications. »



1.4 Une santé vécue comme une loterie territoriale

Au fil des échanges, une expression revient de manière récurrente : la chance.

Les habitants ne décrivent pas un système fondé sur des droits garantis de manière homogène. Ils décrivent un système dans lequel l'accès aux soins dépend largement des ressources disponibles localement.

« On a la chance d'avoir une maison de santé. »

« On a de la chance parce qu'il reste encore quelques médecins. »

« Tout dépend de l'endroit où on habite. »

Cette référence constante à la chance est révélatrice. Elle traduit le sentiment que l'accès aux soins échappe de plus en plus au contrôle des individus.

L'analyse des territoires confirme cette perception. Les habitants de Compiègne évoquent davantage des difficultés liées aux délais. Ceux de Ham, de Saint-Quentin ou du Nouvion-en-Thiérache cumulent éloignement géographique, faibles ressources économiques et rareté des professionnels.

Dans ces contextes, le code postal devient un déterminant majeur du parcours de santé.

Les focus groupes montrent ainsi que les inégalités territoriales ne se limitent pas à une répartition inégale des professionnels. Elles produisent des expériences profondément différentes du système de santé selon le lieu de résidence, les ressources disponibles localement et la capacité des habitants à mobiliser des solutions alternatives.

Au-delà des chiffres de la démographie médicale, c'est donc l'expérience quotidienne d'une accessibilité devenue incertaine qui structure désormais le rapport des usagers aux soins.



Chapitre 2 — La rupture sociale : quand les déterminants économiques écrasent la prévention

2.1 Une santé profondément conditionnée par les réalités sociales

Les travaux menés dans le cadre de "La santé : quelle(s) réalité(s) ?" confirment un constat largement documenté par la littérature en santé publique : les comportements individuels n'expliquent qu'une partie des inégalités de santé. Dans les Hauts-de-France, les déterminants sociaux, économiques et territoriaux apparaissent comme des facteurs structurants du rapport aux soins et de l'état de santé des populations.

Les données territoriales mettent en évidence une concentration des fragilités dans plusieurs bassins de vie caractérisés par des niveaux élevés de pauvreté, de chômage, de précarité énergétique et de difficultés de mobilité. Les territoires de la Thiérache, de Ham, de Saint-Quentin ou encore certains secteurs du bassin minier cumulent ainsi plusieurs vulnérabilités qui influencent directement les possibilités d'accès aux soins, à la prévention et aux comportements favorables à la santé.

Pour les participants, la santé ne peut être pensée indépendamment des conditions matérielles d'existence.

« Quand on a déjà du mal à finir le mois, la santé passe après. »

« On essaie surtout de tenir. »

« On fait comme on peut avec ce qu'on a. »

Les échanges révèlent une réalité souvent absente des discours institutionnels : avant de pouvoir agir sur sa santé, encore faut-il disposer des ressources économiques, du temps, de la mobilité et de la stabilité nécessaires pour le faire.

Ainsi, les inégalités de santé ne sont pas seulement des écarts de comportements. Elles sont d'abord des écarts de conditions de vie.

2.2 L'injonction paradoxale de la prévention

Les politiques de santé publique reposent largement sur la promotion de comportements favorables à la santé : alimentation équilibrée, activité physique régulière, limitation des consommations à risque, participation aux dépistages.

Ces orientations sont largement connues des participants. Pourtant, de nombreux échanges révèlent un décalage important entre les recommandations formulées et les possibilités concrètes de leur mise en œuvre.

Dans plusieurs territoires, les habitants décrivent une forme de contradiction permanente entre les messages reçus et leur réalité quotidienne.

« On nous dit de manger cinq fruits et légumes, mais il faut déjà pouvoir les acheter. »

« Les fruits, ça devient un luxe. »



« Le rosbif a disparu depuis longtemps. »

« On sait ce qu'il faudrait faire. Le problème, c'est qu'on ne peut pas toujours le faire. »

Ces témoignages ne traduisent pas un rejet de la prévention. Au contraire, la plupart des participants adhèrent aux principes promus par les campagnes de santé publique. Ce qui est contesté, c'est l'idée implicite selon laquelle chacun disposerait des mêmes capacités d'action.

Dans les territoires les plus fragilisés, plusieurs participants décrivent un sentiment de culpabilisation face à des recommandations perçues comme déconnectées de leur quotidien.

« On finit par avoir l'impression que c'est de notre faute. »

« On nous explique comment vivre mieux alors qu'on essaie déjà simplement de vivre. »

Cette tension met en lumière une limite importante des approches exclusivement comportementales. Lorsque les contraintes économiques deviennent trop fortes, la prévention cesse d'apparaître comme une démarche accessible et peut être vécue comme une injonction supplémentaire.

Cette approche centrée sur les comportements individuels doit également être interrogée au regard des déterminants commerciaux de la santé. Les comportements de santé ne reposent pas uniquement sur les connaissances, les choix ou la volonté des individus : ils sont aussi influencés par l'environnement dans lequel ces choix sont effectués, notamment par les produits disponibles, leur prix, leur accessibilité, leur promotion et les stratégies commerciales qui les accompagnent. Dans ce contexte, faire reposer principalement la prévention sur la responsabilité individuelle peut contribuer à invisibiliser les responsabilités des acteurs qui produisent, commercialisent et promeuvent ces produits.

Réduire la progression des maladies chroniques à un défaut de volonté ou d'éducation serait ainsi à la fois réducteur et insuffisant pour agir sur l'ensemble des déterminants de santé. Les travaux de Mark Petticrew sur les stratégies de l'industrie de l'alcool montrent notamment comment le fait de renvoyer la responsabilité vers les consommateurs, à travers des messages appelant à « boire avec modération » ou à « boire de manière responsable », peut contribuer à déplacer l'attention des pratiques et responsabilités des acteurs économiques vers les comportements individuels.

Cette réflexion invite ainsi à dépasser une conception de la prévention reposant uniquement sur la capacité des individus à modifier leurs comportements. Une prévention efficace doit également agir sur les environnements de vie, les conditions économiques et sociales, ainsi que sur les déterminants commerciaux qui influencent les comportements de santé.

2.3 Choisir entre manger et se soigner

L'un des résultats les plus marquants des focus groupes réside dans la fréquence des arbitrages économiques liés à la santé.

Les participants évoquent régulièrement des situations dans lesquelles les dépenses de santé entrent en concurrence directe avec d'autres dépenses essentielles.



« À un moment, il faut choisir. »

« Soit je change mes lunettes, soit je paie autre chose. »

« On reporte parce qu'on ne peut pas tout faire en même temps. »

Ces arbitrages concernent des domaines variés :

- consultations spécialisées ;
- soins dentaires ;
- équipement optique ;
- santé mentale ;
- transport vers les lieux de soins ;
- alimentation.

Le renoncement n'apparaît pas toujours comme une décision explicite. Il prend souvent la forme d'un report progressif, d'une attente prolongée ou d'une hiérarchisation permanente des besoins.

« On laisse traîner. »

« On attend de voir si ça passe. »

« On verra le mois prochain. »

Ces stratégies de report sont particulièrement préoccupantes car elles contribuent à aggraver certaines situations médicales et à renforcer les inégalités de santé déjà existantes.

2.4 Le renoncement aux soins : une réalité banalisée

Les échanges montrent que le renoncement aux soins n'est plus un phénomène exceptionnel. Il s'inscrit désormais dans les pratiques ordinaires de nombreux habitants.

Ce renoncement peut être dû à une raison financière, mais il est également lié à la fatigue administrative, à la complexité des démarches, aux délais d'attente ou encore à la difficulté à se déplacer.

Plusieurs participants décrivent une forme d'usure face à un système devenu difficile à mobiliser.

« À force, on abandonne. »

« Quand il faut appeler dix fois, on finit par laisser tomber. »

« Il y a des moments où on n'a plus l'énergie. »

Les soins dentaires apparaissent particulièrement concernés.

« Les dents, c'est souvent ce qu'on reporte en premier. »

Les consultations psychologiques constituent également un point de fragilité majeur.

« Cinquante euros la séance, ce n'est pas possible pour tout le monde. »

« On sait qu'on en aurait besoin mais on ne peut pas suivre sur la durée. »



Cette banalisation du renoncement interroge directement la capacité du système à garantir une égalité réelle d'accès aux soins.

2.5 Les femmes face à une accumulation de contraintes

Les focus groupes mettent également en évidence plusieurs difficultés spécifiques rencontrées par les femmes, notamment dans les territoires ruraux ou sous-dotés.

Les problématiques de suivi gynécologique reviennent de manière récurrente dans les échanges. La raréfaction des spécialistes, les délais d'attente et les difficultés de mobilité obligent de nombreuses femmes à réorganiser leur parcours de soins.

« Trouver un gynécologue est devenu compliqué. »

« On finit par aller là où il reste de la place. »

« Sans les sages-femmes, certaines n'auraient plus de suivi. »

Les participantes décrivent également une charge mentale importante liée à l'organisation des soins familiaux.

Dans de nombreux foyers, ce sont elles qui assurent :

- la prise de rendez-vous ;
- le suivi administratif ;
- l'accompagnement des enfants ;
- l'accompagnement des parents âgés.

Cette responsabilité sanitaire invisible renforce les inégalités déjà présentes et accroît la pression pesant sur certaines femmes particulièrement exposées à la précarité.

2.6 Une jeunesse confrontée à de nouvelles vulnérabilités

Contrairement aux représentations parfois associées à la jeunesse, les jeunes participants décrivent eux aussi des difficultés importantes dans leur rapport au système de santé.

La précarité étudiante, l'absence de complémentaire santé, les difficultés d'insertion professionnelle et les problématiques de santé mentale occupent une place centrale dans leurs préoccupations.

« Quand on commence dans la vie active, la santé passe souvent après. »

« On ne consulte pas parce qu'on pense que ça va attendre. »

« Les psychologues, c'est trop cher pour beaucoup de jeunes. »

Concernant la santé mentale, le coût des consultations constitue un frein identifié par les participants. Le dispositif Mon soutien psy, qui permet une prise en charge de séances auprès de psychologues conventionnés, constitue pourtant une réponse existante. La question soulevée par les échanges porte alors moins sur l'existence d'une réponse que sur sa connaissance, son accessibilité et la possibilité de trouver effectivement un professionnel correspondant aux besoins. Lorsque les dispositifs existants ne sont pas connus ou ne



permettent pas d'obtenir une réponse suffisamment accessible, le coût des consultations libérales peut continuer à constituer un obstacle.

Les jeunes apparaissent souvent mieux informés que leurs aînés sur certains sujets de prévention ou sur les outils numériques. Cette familiarité avec l'information et les outils numériques ne signifie toutefois pas nécessairement qu'ils disposent d'une information complète sur l'ensemble des dispositifs existants, ni qu'ils puissent effectivement y accéder. Elle ne compense pas non plus les difficultés économiques auxquelles ils sont confrontés.

Les focus groupes montrent ainsi que les inégalités de santé ne concernent pas uniquement les publics les plus âgés ou les plus éloignés du système. Elles traversent l'ensemble des générations, mais prennent des formes différentes selon les ressources disponibles, les trajectoires de vie et la capacité à identifier puis à mobiliser les dispositifs existants.

2.7 Des déterminants sociaux plus puissants que les recommandations

Au terme des échanges, une conclusion s'impose : les habitants ne contestent pas les objectifs poursuivis par les politiques de prévention. Ils rappellent simplement que l'adoption de comportements favorables à la santé reste étroitement dépendante des conditions de vie.

Le revenu, l'emploi, le logement, la mobilité, l'isolement social ou encore l'accès aux services de proximité apparaissent comme des facteurs au moins aussi déterminants que les comportements individuels.

Ainsi, derrière les difficultés d'accès aux soins décrites dans le chapitre précédent se dessine une réalité plus profonde encore : celle d'inégalités sociales qui structurent durablement les parcours de santé.

Dans cette perspective, la question n'est plus seulement de savoir comment mieux prévenir, mais comment permettre à chacun de disposer des ressources nécessaires pour pouvoir réellement agir sur sa santé.



Chapitre 3 – La rupture de sens : quand l'information, le numérique et les institutions ne suffisent plus

3.1 Un système de santé devenu difficile à comprendre

Au-delà des difficultés d'accès aux soins et des contraintes économiques décrites précédemment, les focus groupes révèlent une autre forme de rupture, plus discrète mais tout aussi structurante : la difficulté croissante à comprendre le fonctionnement du système de santé.

Pour de nombreux participants, le parcours de soins apparaît de plus en plus complexe. Les dispositifs se multiplient, les interlocuteurs se diversifient, les démarches se dématérialisent, mais cette sophistication croissante ne se traduit pas nécessairement par une meilleure lisibilité pour les habitants.

Les usagers décrivent fréquemment un sentiment de confusion.

« On ne sait plus à qui s'adresser. »

« Il y a plein de dispositifs mais personne ne nous explique vraiment. »

« On finit par se perdre dans les démarches. »

Cette difficulté concerne particulièrement les personnes âgées, les personnes en situation de précarité ou encore celles qui ne disposent pas d'un entourage capable de les accompagner dans leurs démarches.

Plusieurs participants évoquent ainsi la sensation d'un système devenu plus performant sur le plan organisationnel mais plus difficile à appréhender pour les usagers.

À mesure que les parcours se complexifient, l'accès à l'information devient lui-même un déterminant de santé.

3.2 La fracture numérique : un nouvel enjeu d'inégalités

La dématérialisation progressive du système de santé est généralement présentée comme un levier d'amélioration de l'accès aux soins. Prise de rendez-vous en ligne, téléconsultation, messageries sécurisées, dossiers numériques ou applications de suivi médical participent à cette transformation.

Les focus groupes montrent cependant que ces évolutions produisent des effets contrastés.

Pour certains usagers, les outils numériques représentent une véritable ressource.

« Sans Doctolib, je ne trouverais jamais certains rendez-vous. »

« Je regarde tous les jours pour voir s'il y a un désistement. »

« Internet me permet de gagner du temps. »

Ces usages sont particulièrement présents chez les profils les plus autonomes, les plus diplômés ou les plus familiers des outils numériques.



À l'inverse, d'autres participants décrivent une exclusion progressive.

« Si tout passe par internet, moi je suis perdu. »

« On nous oblige à utiliser des outils qu'on ne maîtrise pas. »

« À mon âge, ce n'est pas évident. »

Pour ces personnes, le numérique ne simplifie pas les démarches ; il ajoute une difficulté supplémentaire.

L'enquête met ainsi en évidence l'existence de deux dynamiques opposées : pour certains habitants, le numérique compense partiellement les difficultés d'accès aux soins ; pour d'autres, il devient un facteur supplémentaire d'éloignement.

3.3 Doctolib : facilitateur pour les uns, barrière pour les autres

La plateforme Doctolib est régulièrement citée dans les échanges. Elle constitue à elle seule un révélateur des transformations en cours.

Les participants les plus à l'aise avec les outils numériques décrivent des stratégies sophistiquées de recherche de rendez-vous. Certains consultent plusieurs fois par jour les disponibilités. D'autres élargissent leur périmètre géographique de recherche à plusieurs dizaines de kilomètres. D'autres encore utilisent les alertes automatiques pour obtenir des créneaux libérés.

Ces pratiques nécessitent toutefois des compétences spécifiques, du temps disponible et une certaine maîtrise des outils numériques.

Pour les usagers les plus éloignés du numérique, cette évolution est souvent vécue comme une mise à distance.

« Avant j'appelais une secrétaire. Maintenant il faut se débrouiller seul. »

« On a remplacé les personnes par des écrans. »

« Il n'y a plus personne à qui parler. »

Au-delà de l'outil lui-même, les participants expriment une inquiétude plus profonde : celle d'une disparition progressive de l'accompagnement humain.

3.4 Mon Espace Santé : un dispositif largement invisible

Alors même qu'il constitue l'un des principaux outils nationaux de coordination numérique, Mon Espace Santé demeure largement méconnu des participants.

Dans la plupart des focus groupes, les échanges montrent une connaissance limitée du dispositif. Certains usagers en ont entendu parler sans réellement comprendre son fonctionnement. D'autres ignorent totalement son existence.

« Je crois avoir reçu un courrier mais je ne sais plus ce que c'était. »

« Je ne sais pas à quoi ça sert. »



« Personne ne m'en a parlé. »

Cette faible appropriation interroge la capacité des dispositifs nationaux à atteindre effectivement les publics qu'ils souhaitent accompagner.

Les résultats suggèrent qu'un outil, aussi pertinent soit-il sur le plan technique, ne peut produire ses effets que s'il est compris, approprié et intégré dans les pratiques quotidiennes des usagers. Son appropriation par les professionnels de santé apparaît également essentielle : en l'intégrant davantage dans leurs pratiques et en le présentant aux patients comme une ressource mobilisable, ils peuvent contribuer à renforcer sa visibilité, sa compréhension et, à terme, son appropriation par le grand public.

3.5 Internet et l'intelligence artificielle : les nouveaux intermédiaires du soin

L'enquête révèle également l'émergence de nouveaux usages dans la recherche d'information en santé.

Face aux difficultés d'accès aux professionnels, de nombreux participants déclarent consulter internet avant ou après une consultation.

Les objectifs sont variés :

- comprendre un diagnostic ;
- vérifier une information ;
- préparer un rendez-vous ;
- rechercher un traitement ;
- interpréter un résultat médical.

« Je regarde toujours avant. »

« Ça me permet de comprendre ce que le médecin n'a pas eu le temps d'expliquer. »

« Je cherche pour savoir quelles questions poser. »

Plus récemment, certains participants évoquent également le recours à l'intelligence artificielle.

Ces outils sont mobilisés comme des ressources complémentaires permettant de reformuler des informations médicales jugées trop complexes ou de mieux comprendre certaines pathologies.

Ce recours ne traduit pas nécessairement une défiance envers les professionnels. Il témoigne davantage d'un besoin d'explications auquel le système peine parfois à répondre dans un contexte de consultations courtes et de forte pression sur les professionnels.

3.6 Quand la confiance quitte les institutions pour revenir au terrain

L'un des enseignements les plus marquants de l'enquête concerne la manière dont circule l'information en santé.

Malgré le déploiement de nombreux dispositifs de coordination, les participants mentionnent rarement les structures institutionnelles lorsqu'ils décrivent leurs sources d'information ou leurs soutiens quotidiens.



Les références aux CPTS, CLS, CLSM ou autres dispositifs territoriaux restent marginales dans les échanges.

À l'inverse, les habitants évoquent très fréquemment des acteurs de proximité.

« C'est le pharmacien qui m'explique. »

« J'ai été aidée par une association. »

« Heureusement qu'il y a le CCAS. »

« C'est souvent le bouche-à-oreille qui fonctionne. »

Cette confiance accordée aux acteurs de proximité ne relève pas uniquement de la proximité géographique.

Elle repose avant tout sur une proximité relationnelle.

Les habitants accordent leur confiance à ceux qu'ils rencontrent régulièrement, qui connaissent leur situation et qui sont capables de traduire des dispositifs parfois perçus comme complexes ou éloignés.

3.7 Une démocratie sanitaire invisible pour les habitants

Cette place centrale des réseaux de proximité conduit à interroger la manière dont les habitants perçoivent la démocratie sanitaire.

Les dispositifs institutionnels de participation existent et se développent à différentes échelles territoriales. Pourtant, ils apparaissent très peu dans les représentations des participants.

Pour une majorité d'entre eux, la participation en santé ne passe pas par des instances formelles mais par des échanges concrets avec des professionnels, des associations ou d'autres habitants.

« Ce qui compte, c'est qu'on nous écoute vraiment. »

« Participer, ce n'est pas remplir un questionnaire. »

« Il faut que ça parte du terrain. »

Ces témoignages invitent à dépasser une vision strictement institutionnelle de la participation.

Ils rappellent que la légitimité d'une politique de santé se construit autant dans les interactions quotidiennes que dans les espaces formels de concertation.



3.8 Une rupture de sens qui fragilise les parcours

Au terme des échanges, il apparaît que les difficultés rencontrées par les habitants ne relèvent pas uniquement d'un manque d'offre ou de ressources économiques.

Elles traduisent également une difficulté croissante à comprendre, utiliser et s'appropriier un système de santé devenu plus complexe.

Le numérique, les dispositifs de coordination et les outils institutionnels constituent des leviers importants de transformation. Toutefois, lorsqu'ils ne sont pas accompagnés par des médiations humaines adaptées, ils risquent de renforcer les écarts entre les usagers les plus autonomes et ceux qui disposent de moins de ressources.

Ainsi, derrière la question de l'accès à l'information se dessine une problématique plus fondamentale : celle de la capacité réelle des habitants à trouver du sens, des repères et de la confiance dans leur parcours de santé.



Chapitre 4 — La santé mentale : le révélateur des tensions entre besoins croissants, offre disponible et parcours vécus

La santé mentale constitue aujourd'hui l'un des domaines où les écarts entre les besoins exprimés par les populations et les capacités de réponse du système de santé apparaissent particulièrement visibles.

Les données régionales mettent en évidence une attention croissante portée aux enjeux de santé mentale, dans un contexte marqué par des tensions persistantes sur l'offre : difficultés de recrutement, disparités territoriales d'accès aux professionnels spécialisés, délais d'attente importants et saturation de certains dispositifs.

Ces fragilités prennent une dimension particulière dans les territoires déjà marqués par des vulnérabilités sociales importantes. Les déterminants sociaux de santé — précarité économique, isolement, difficultés professionnelles, situations familiales complexes ou fragilité des conditions de vie — influencent fortement les trajectoires de santé mentale.

Les focus groupes réalisés dans le cadre de l'enquête permettent de compléter cette lecture territoriale en donnant accès à l'expérience vécue des habitants : leurs difficultés concrètes, leurs attentes, leurs stratégies d'adaptation et les obstacles rencontrés dans leurs parcours.

Ils mettent en évidence un paradoxe majeur :

- la santé mentale est davantage reconnue et davantage exprimée ;
- mais l'accès à une réponse adaptée reste difficile pour une partie des habitants.

La rupture de parcours ne se situe donc pas uniquement dans l'identification du besoin, mais dans le passage entre : « Je ressens une difficulté » et « je trouve un interlocuteur capable de m'accompagner ».

4.1 Une parole qui se libère mais une demande qui se heurte aux limites du système

Les politiques publiques ont progressivement renforcé la place accordée à la santé mentale, en reconnaissant son importance dans la santé globale.

Cette évolution se traduit par une moindre hésitation à parler de souffrance psychique et par une meilleure reconnaissance du besoin d'accompagnement.

Les focus groupes montrent effectivement une évolution du rapport des habitants aux questions de santé mentale.

Les participants évoquent plus facilement :

- le stress ;
- l'anxiété ;
- l'épuisement ;
- les difficultés liées aux parcours de vie ;
- le besoin d'écoute ou de soutien.

Cette évolution vers une libération de la parole autour des problématiques de santé mentale ne signifie toutefois pas que les dispositifs permettant d'y répondre soient nécessairement connus



ou facilement accessibles. Plusieurs participants décrivent une difficulté à identifier un interlocuteur, à comprendre les dispositifs existants ou à obtenir un accompagnement dans un délai adapté.

Les enseignements issus des focus groupes montrent ainsi que l'enjeu n'est plus seulement de favoriser l'expression de la souffrance psychique, mais de garantir une continuité entre cette expression et une réponse accessible.

4.2 Une santé mentale fortement influencée par les conditions sociales et territoriales

Les données territoriales montrent que les problématiques de santé mentale sont particulièrement sensibles dans les territoires cumulant plusieurs facteurs de vulnérabilité sociale.

Les situations de précarité, d'isolement, de difficultés professionnelles ou de fragilité familiale peuvent constituer des facteurs aggravants ou des éléments de rupture dans les parcours de vie.

Les témoignages recueillis dans le cadre des focus groupes confirment cette articulation entre santé mentale et conditions de vie, en donnant à voir les situations concrètes dans lesquelles les difficultés psychiques apparaissent ou s'intensifient. Les habitants décrivent rarement une difficulté isolée.

Ils évoquent davantage une accumulation de contraintes :

- difficultés financières ;
- inquiétudes liées à l'avenir ;
- charge familiale ;
- solitude ;
- fatigue liée aux démarches ou aux parcours de soins.

Ces témoignages rappellent que la santé mentale ne peut être abordée uniquement sous l'angle de la prise en charge médicale. Elle nécessite également une approche intégrant les conditions sociales dans lesquelles les personnes vivent.

4.3 Une offre en tension : entre besoins identifiés et accès effectif à une réponse

Les données régionales mettent en évidence des tensions persistantes dans l'organisation de l'offre en santé mentale.

Ces tensions concernent notamment :

- la disponibilité des professionnels spécialisés ;
- les écarts territoriaux d'accès ;
- les délais d'attente ;
- la difficulté à obtenir une réponse adaptée rapidement.

Les focus groupes permettent notamment de documenter ces tensions à travers deux types de structures ou dispositifs : les centres médico-psychologiques (CMP) et le dispositif « Mon Soutien Psy ».



Concernant les CMP, plusieurs participants mettent directement en avant la saturation de ces structures. Cette saturation est décrite comme ancienne et comme un obstacle à l'accès à un accompagnement adapté.

« On l'a dit tout à l'heure, les CMP sont débordés, en plus c'est par secteur. Souvent ce n'est pas des psychologues en plus, ce sont des infirmiers psy » (T5. YTanguy)

« Ce n'est pas d'hier, les CMP ça fait plus de 10 ans qu'ils sont saturés. » (T1. C. Théodora)

Les témoignages font également apparaître des interrogations sur la nature de l'accompagnement proposé et sur la qualité de la relation avec les professionnels.

« Le problème du CMP et des psy c'est qu'ils ne nous écoutent pas. » (C2.5. Zendayo)

Du côté de « Mon Soutien Psy », le dispositif est connu par certains usagers, mais sa connaissance n'est pas généralisée. Surtout, les participants qui le connaissent soulignent plusieurs limites dans son accès et son fonctionnement.

« Sur le truc Mon Psy, dans le secteur il n'y avait pas forcément de professionnels qui prenaient. » (T3. Z. Theresa)

La disponibilité des professionnels participant au dispositif apparaît ainsi comme une condition déterminante de son accessibilité réelle.

D'autres participants interrogent également la possibilité d'inscrire cet accompagnement dans la durée :

« Et puis Mon psy, si c'est pour avoir 8 séances et après être seul. C'est de la poudre de perlimpinpin, c'est du vent. Il faut voir ce que l'on met derrière, quels moyens ils ont. C'est bien beau de dire que c'est un enjeu. On dit aux gens qu'il faut y aller, mais ils se heurtent à un mur administratif et ça amène des complications. » (T5. YTanguy)

Ces témoignages ne remettent pas en cause l'intérêt des dispositifs existants, mais montrent l'écart qui peut exister entre leur accessibilité théorique et leur accessibilité effective : présence de professionnels participants, possibilité d'obtenir un rendez-vous, continuité de l'accompagnement et adéquation de la réponse aux besoins de la personne.

Les témoignages recueillis lors des focus groupes donnent ainsi une traduction concrète de ces difficultés. Les habitants ne décrivent pas seulement une absence de professionnels, ils décrivent surtout une difficulté à accéder au bon interlocuteur au bon moment. Le décalage identifié est donc celui entre un besoin exprimé par les habitants et une capacité de réponse perçue comme insuffisamment accessible.

4.4 Les dispositifs existants face aux réalités vécues : entre accessibilité théorique et accessibilité réelle

Les politiques publiques ont développé plusieurs dispositifs visant à améliorer l'accès au soutien psychologique et à faciliter l'orientation des personnes, comme « Mon Soutien Psy » par exemple.

L'enquête montre toutefois que la connaissance et l'utilisation de ces dispositifs restent hétérogènes. « Mon Soutien Psy » est connu par certains usagers, mais ceux qui l'ont identifié



peuvent rencontrer des difficultés à trouver un professionnel participant dans leur secteur ou à inscrire l'accompagnement dans la durée. L'existence du dispositif ne suffit donc pas, à elle seule, à garantir une réponse effectivement accessible.

La question n'est pas seulement « Le dispositif existe-t-il ? », mais également : « Est-il connu, compris et réellement mobilisable lorsqu'une personne en a besoin ? »

Les participants expriment plusieurs difficultés :

- difficulté à savoir vers qui se tourner ;
- manque de lisibilité des parcours ;
- délais ;
- contraintes financières ;
- difficulté à trouver un professionnel disponible dans le cadre des dispositifs existants ;
- difficulté à inscrire certains accompagnements dans la durée.

Cette situation souligne un enjeu majeur : rendre les dispositifs non seulement disponibles, mais également compréhensibles et accessibles.

4.5 Le coût : une rupture supplémentaire dans les parcours psychologiques

La question financière apparaît comme un frein important dans les parcours de santé mentale.

Même lorsque le besoin d'un accompagnement est identifié, certains habitants décrivent une difficulté à engager un suivi régulier lorsque celui-ci représente un coût trop important.

Cette difficulté financière peut également limiter le choix entre les différents types de professionnels ou de dispositifs disponibles. Le rapport fait notamment apparaître que, même lorsque « Mon Soutien Psy » est identifié, certains participants restent confrontés à des difficultés financières ou à une offre disponible insuffisante.

Le coût devient alors un facteur pouvant limiter l'accès ou entraîner un renoncement.

« Il y a le dispositif Mon Psy qui existe, mais ce n'est pas sur le long terme. Il y a des gens pour qui c'est bien, c'est ce qu'il faut, mais parfois ce n'est pas assez. Ce que j'entends avec les gens que j'accompagne, c'est que l'aspect financier c'est un gros frein, quand il y a de la précarité c'est difficile. » (A6. Zaya)

Cette situation illustre une tension importante : alors que la santé mentale est reconnue comme un enjeu majeur de santé publique, l'accès à certains accompagnements reste encore fortement dépendant des ressources individuelles.

4.6 Les proches et les acteurs de proximité : des relais essentiels dans les parcours

Les focus groupes montrent également le rôle central joué par les acteurs de proximité dans les parcours de santé mentale.

Les habitants citent notamment :

- les proches ;
- les associations ;



- les CCAS ;
- les travailleurs sociaux ;
- certains professionnels de premier recours.

Ces acteurs jouent un rôle important dans :

- l'écoute ;
- le repérage des difficultés ;
- l'orientation ;
- l'accompagnement dans les démarches.

Cette observation rejoint un enseignement transversal issu de l'enquête : dans les situations de fragilité, la confiance se construit souvent à partir de relations de proximité.

Les acteurs connus localement peuvent ainsi constituer des points d'entrée essentiels vers le système de santé.

4.7 Les réponses alternatives : quand les habitants cherchent eux-mêmes des solutions

Lorsque les réponses institutionnelles apparaissent difficiles à mobiliser, certains habitants développent des stratégies complémentaires.

Les focus groupes font apparaître différents recours :

- recherche d'informations en ligne ;
- échanges avec l'entourage ;
- recours associatif ;
- utilisation d'outils numériques.

Le recours à l'intelligence artificielle apparaît également dans les échanges comme une pratique émergente. Certains participants évoquent l'utilisation de ces outils pour rechercher des informations sur leur santé, comprendre une situation ou obtenir une première réponse lorsqu'ils ne savent pas vers qui se tourner.

Cette évolution est particulièrement intéressante à observer dans le champ de la santé mentale. Un outil disponible immédiatement, sans rendez-vous et permettant un échange à distance peut apparaître comme une ressource supplémentaire pour une personne qui rencontre des difficultés à identifier ou à joindre un professionnel.

Les outils d'intelligence artificielle peuvent progressivement prendre une place dans les stratégies développées par les usagers pour rechercher de l'information, obtenir des explications ou rompre un sentiment d'isolement. Il ne s'agit pas pour autant d'une alternative équivalente à un accompagnement professionnel : ces outils ne peuvent remplacer l'évaluation, l'écoute et la prise en charge assurées par les professionnels de santé.

Ces pratiques témoignent d'un besoin d'information, d'explication et de soutien. Elles ne remplacent pas une prise en charge professionnelle mais montrent que les habitants cherchent activement à maintenir une continuité dans leur parcours.

L'apparition de ces nouveaux usages constitue ainsi un enjeu à anticiper : alors que les difficultés d'accès peuvent conduire certains usagers à rechercher eux-mêmes des réponses, il devient



nécessaire de réfléchir à la place de ces outils dans les parcours de santé, à leurs apports mais également à leurs limites.



Chapitre 5 — Les stratégies de survie : comment les habitants reconstruisent leur parcours de santé face aux ruptures du système

5.1 Des usagers qui ne renoncent pas : l'adaptation comme réponse aux ruptures de parcours

Les chapitres précédents ont montré que les habitants des Hauts-de-France sont confrontés à plusieurs formes de ruptures : difficultés d'accès aux professionnels, délais d'attente, contraintes économiques, complexification des démarches ou encore insuffisance de certaines réponses spécialisées.

Pour autant, les travaux de notre enquête montrent que les habitants ne restent pas passifs face à ces difficultés.

Lorsque les portes d'entrées habituelles du système deviennent difficiles à franchir, ils développent des stratégies d'adaptation permettant de maintenir un accès aux soins.

Ces stratégies ne relèvent pas d'un simple « système D » au sens d'arrangements individuels ponctuels.

Elles constituent progressivement de véritables modes d'organisation du parcours.

Les participants décrivent une capacité à chercher des solutions alternatives :

- élargir leur territoire de recherche ;
- mobiliser leur entourage ;
- utiliser différents professionnels ;
- multiplier les démarches ;
- anticiper les difficultés.

Cette capacité d'adaptation témoigne d'une forme d'autonomie des usagers, mais elle révèle également une évolution importante du rôle du patient.

Celui-ci devient progressivement acteur de la recherche de solutions, parfois au prix d'une charge importante.

« Il faut se débrouiller aujourd'hui. »

« Si on ne cherche pas nous-mêmes, on n'a rien. »

« Il faut connaître les bons tuyaux. »

Cette situation interroge directement le principe d'égalité d'accès aux soins : lorsque l'accès dépend de la capacité individuelle à chercher, contourner et mobiliser des ressources, les parcours deviennent mécaniquement plus favorables aux personnes disposant de temps, de mobilité, d'informations ou d'un réseau.



5.2 La mobilité médicale contrainte : aller chercher le soin là où il existe

L'une des stratégies les plus fréquemment évoquées concerne la mobilité.

Face aux difficultés rencontrées localement, certains habitants élargissent leur périmètre de recherche et acceptent de parcourir des distances importantes pour accéder à un professionnel.

Cette mobilité concerne particulièrement les spécialistes.

Les habitants évoquent des déplacements vers :

- des pôles urbains régionaux ;
- d'autres départements ;
- la Belgique pour certains territoires frontaliers ;
- Paris dans certaines situations.

La mobilité n'est pas décrite comme un choix de confort. Elle apparaît comme une nécessité pour maintenir un accès aux soins.

« Maintenant, on va là où il y a de la place. »

« Direction Paris, on est sûr d'avoir des rendez-vous. »

« Je ne cherche même plus à comprendre, je vais plus loin. »

Ces déplacements représentent cependant une contrainte importante.

Ils nécessitent :

- du temps ;
- une organisation familiale ;
- des moyens de transport ;
- parfois un accompagnement.

Pour les personnes disposant d'un véhicule ou d'un entourage disponible, cette stratégie reste possible. Pour d'autres, notamment les personnes âgées, isolées ou précaires, la distance devient une barrière supplémentaire.

Ainsi, la mobilité apparaît comme une solution mais également comme un révélateur des inégalités de capacité à contourner le système.

5.3 La mobilité médicale : une conséquence de la fragmentation des parcours

Cette mobilité répétée conduit certains habitants à construire des parcours éclatés.

Le patient consulte différents professionnels selon les opportunités disponibles plutôt que selon une logique de suivi coordonné.

Le professionnel consulté est parfois celui qui a une disponibilité, non nécessairement celui qui connaît le mieux la situation.

Cette situation peut entraîner :

- répétition des informations ;
- perte de continuité ;
- difficultés de coordination ;



- sentiment d'être « seul » dans l'organisation du parcours.

« À chaque fois il faut tout réexpliquer. »

« Personne n'a vraiment la vision d'ensemble. »

Cette réalité entre en tension avec l'objectif institutionnel d'un parcours coordonné.

Les dispositifs de coordination existent, mais l'expérience vécue par les habitants montre que, dans certaines situations, la première coordination repose encore largement sur l'utilisateur lui-même.

5.4 Le « système D » professionnalisé : quand contourner devient une compétence nécessaire

Face aux difficultés d'accès, les habitants développent un véritable savoir-faire pratique.

Ils apprennent :

- à identifier les professionnels disponibles ;
- à connaître les délais ;
- à activer des réseaux ;
- à multiplier les démarches ;
- à trouver des alternatives.

Plusieurs participants refusent d'ailleurs de considérer ces pratiques comme de simples « astuces ». Elles sont décrites comme des nécessités.

« Ce ne sont pas des astuces, on n'a pas le choix. »

Cette phrase est particulièrement révélatrice. Elle montre que ces stratégies ne sont pas vécues comme des solutions opportunistes mais comme une adaptation obligatoire à un système perçu comme difficilement accessible.

5.5 Le transfert de compétences des professionnels de santé : quand les usagers élargissent les portes d'entrée du soin

L'un des phénomènes les plus visibles concerne le recours à d'autres professionnels lorsque l'accès au médecin devient compliqué.

Les habitants mentionnent notamment :

- les sages-femmes pour certains suivis gynécologiques ;
- les pharmaciens pour des conseils, renouvellements ou premières orientations ;
- les infirmiers dans certains parcours.

Ces professionnels deviennent des points d'appui essentiels dans le parcours quotidien.

« Le pharmacien, c'est souvent le premier à qui on demande. »

« Heureusement qu'il y a certains professionnels qui prennent le temps. »

Cette évolution montre une transformation du système de recours.



Elle peut constituer une réponse pertinente aux tensions actuelles, mais elle interroge également l'organisation globale du parcours lorsqu'elle repose principalement sur l'adaptation des habitants.

5.6 Les réseaux personnels : la santé comme affaire de relations

Un élément très présent dans les échanges concerne l'importance des réseaux informels.

Famille, voisins, collègues, associations ou connaissances deviennent parfois des ressources indispensables pour accéder au soin.

Obtenir un rendez-vous peut dépendre :

- d'une recommandation ;
- d'un contact personnel ;
- d'une information transmise par quelqu'un qui connaît le système.

« Le carnet d'adresses, c'est devenu important. »

« Si quelqu'un connaît quelqu'un, ça va plus vite. »

Cette réalité montre que l'accès aux soins dépend parfois d'un capital relationnel. Or tous les habitants ne disposent pas des mêmes ressources sociales. Les réseaux deviennent ainsi un facteur supplémentaire de différenciation des parcours.

5.7 Les démarches répétées : la charge invisible du parcours de santé

Une autre stratégie décrite par les participants consiste à multiplier les tentatives. Appels répétés, recherches quotidiennes, attente de désistements, déplacements successifs : obtenir un soin nécessite parfois une véritable mobilisation personnelle.

Cette charge est rarement visible dans les indicateurs classiques. Pourtant, elle représente un coût important en temps, en énergie et parfois en santé.

« Il faut appeler plusieurs fois avant d'avoir quelqu'un. »

« Il faut insister sinon on n'avance pas. »

Cette situation touche particulièrement les personnes fragiles qui disposent de moins de ressources pour effectuer ces démarches.

5.8 Les urgences : un recours révélateur d'un parcours interrompu

Le recours aux urgences doit être analysé avec prudence.

Les échanges lors des focus groupes ne montrent pas uniquement un recours lié à une mauvaise orientation des usagers. Ils mettent plutôt en évidence une situation dans laquelle l'hôpital devient parfois le dernier lieu identifié comme capable d'apporter une réponse lorsque les autres portes d'entrée ne fonctionnent plus. Les participants décrivent ce recours comme une solution de dernier niveau.

« Quand on ne trouve personne, il reste les urgences. »



« Ce n'est pas forcément là qu'on voudrait aller, mais on n'a pas d'autre solution. »

Ce recours traduit donc moins une méconnaissance du système qu'une difficulté à trouver une réponse adaptée en amont.



Chapitre 6 – Les enseignements transversaux : ce que les focus groupes apportent à la compréhension des parcours de santé en Hauts-de-France

L'analyse croisée des données régionales et des enseignements issus des focus groupes permet d'aller au-delà du constat des difficultés rencontrées par les habitants. Les indicateurs territoriaux objectivent les tensions qui traversent le système de santé régional : disparités de l'offre, inégalités sociales et territoriales de santé, difficultés d'accès à certains professionnels, développement des structures d'exercice coordonné ou encore montée en puissance des dispositifs de prévention.

Les focus groupes apportent une lecture complémentaire de ces constats. Ils permettent de comprendre comment ces réalités s'articulent dans les parcours de vie et comment elles sont vécues par les habitants. Là où les données quantitatives décrivent des situations, les échanges recueillis éclairent les mécanismes qui conduisent aux ruptures de parcours.

Quatre enseignements transversaux se dégagent plus particulièrement de cette analyse :

- Les ruptures de parcours s'accumulent et se renforcent mutuellement.
- L'accès aux soins dépend autant de l'offre disponible que de la capacité à la mobiliser.
- Les ressources de proximité jouent un rôle déterminant dans la continuité des parcours.
- Les focus groupes éclairent les priorités du Projet Régional de Santé et appellent à un élargissement de la démocratie en santé.

6.1 Les ruptures de parcours s'accumulent et se renforcent mutuellement

Les politiques publiques abordent généralement les difficultés de santé selon des thématiques distinctes : accès aux soins, prévention, santé mentale, vieillissement, numérique ou encore lutte contre les inégalités sociales.

Les focus groupes montrent que ces problématiques sont rarement vécues de manière indépendante.

Les parcours décrits par les participants aux focus groupes illustrent au contraire un phénomène de cumul des difficultés. Une impossibilité d'obtenir un rendez-vous peut entraîner des déplacements plus importants, générer des dépenses supplémentaires, retarder une prise en charge, accentuer une situation de précarité ou favoriser un renoncement aux soins. À ces difficultés peuvent ensuite s'ajouter des obstacles liés au numérique, à la mobilité ou encore à l'isolement.

Cette articulation des ruptures constitue un enseignement majeur de l'enquête. Les habitants ne décrivent pas une succession de problèmes indépendants mais des parcours dans lesquels chaque difficulté augmente la probabilité d'en rencontrer une autre.

Cette lecture invite à considérer les parcours dans leur globalité et souligne l'intérêt de réponses coordonnées, capables d'agir simultanément sur plusieurs facteurs de vulnérabilité.



6.2 L'accès aux soins dépend autant de l'offre disponible que de la capacité à la mobiliser

Les données régionales mettent en évidence les efforts engagés pour structurer l'offre de soins : développement des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, des Contrats Locaux de Santé ou encore des dispositifs d'appui aux parcours.

Les focus groupes ne remettent pas en cause ces évolutions. Ils montrent toutefois que l'existence d'une offre ou d'un dispositif ne garantit pas, à elle seule, son accessibilité effective.

Les participants décrivent des parcours qui nécessitent une implication personnelle importante pour identifier le bon interlocuteur, comprendre l'organisation des soins, multiplier les démarches, organiser les déplacements, mobiliser des réseaux ou rechercher des alternatives lorsqu'aucune solution n'est immédiatement disponible.

Ainsi, deux habitants vivant dans un même territoire peuvent connaître des parcours très différents selon leurs ressources personnelles, sociales, numériques ou relationnelles...

Les focus groupes invitent ainsi à distinguer deux dimensions complémentaires de l'accès aux soins : la disponibilité de l'offre et la capacité des habitants à mobiliser cette offre dans leur situation concrète.

Cette distinction constitue un enjeu important pour les politiques publiques, qui ne peuvent être appréciées uniquement au regard du nombre de dispositifs déployés mais également de leur accessibilité réelle.

6.3 Les ressources de proximité jouent un rôle déterminant dans la continuité des parcours

Les échanges recueillis mettent également en évidence la place centrale des ressources de proximité dans les parcours de santé.

Lorsque les participants évoquent les personnes qui facilitent leur accès aux soins, ils citent avant tout des professionnels ou des acteurs qu'ils connaissent directement : médecin traitant, pharmacien, infirmier, travailleur social, association, CCAS ou encore proches.

Ces acteurs jouent un rôle essentiel d'écoute, d'information, de réassurance et d'orientation. Ils permettent souvent de maintenir un lien avec le système de santé lorsque les parcours deviennent plus complexes.

Ce constat ne remet pas en cause l'intérêt des dispositifs de coordination développés à l'échelle régionale. Il souligne au contraire que leur efficacité repose également sur leur capacité à s'appuyer sur ces relais de proximité, déjà identifiés et reconnus par les habitants.

Les focus groupes rappellent ainsi que la qualité d'un parcours de santé dépend autant de l'organisation de l'offre que de la qualité des liens établis entre les habitants et les professionnels qui les accompagnent au quotidien.



6.4 Les focus groupes éclairent les priorités du Projet Régional de Santé et appellent à un élargissement de la démocratie en santé

Les orientations du Projet Régional de Santé visent notamment à améliorer l'accès aux soins, renforcer la prévention, réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et développer les coopérations entre professionnels.

Les enseignements issus des focus groupes confirment pleinement la pertinence de ces priorités.

Ils montrent cependant que, du point de vue des habitants, les difficultés ne sont pas perçues à travers les différentes politiques publiques mais à travers la continuité – ou au contraire les ruptures – de leur parcours.

Les échanges soulignent ainsi que les enjeux d'accès aux soins, de prévention, de santé mentale, de précarité ou d'accompagnement ne peuvent être pensés séparément. Ils se combinent dans des trajectoires individuelles où chaque difficulté influence les suivantes.

Les focus groupes apportent ainsi une valeur ajoutée essentielle : ils replacent l'expérience des habitants au cœur de l'analyse et permettent d'apprécier les politiques publiques à partir de leur traduction concrète dans les parcours de santé.

Cette approche conduit à considérer que la réduction des inégalités de santé ne repose pas uniquement sur le développement de nouveaux dispositifs, mais également sur leur capacité à intégrer les usagers non pas comme seuls bénéficiaires de leurs actions mais comme des parties prenantes à l'élaboration, la gouvernance et l'évaluation. C'est une démocratie en santé à tous les échelons qui permettra à ces dispositifs d'être connus, compris, accessibles et articulés entre eux.



Partie IV — De la synthèse à l'action : le chantier des recommandations à venir – premières pistes

Cette importante synthèse régionale, qui porte globalement sur l'accès à la santé dans notre région, nous engage à poursuivre ce travail par la formulation de recommandations issues du terrain dans les prochains mois. Cette démarche nourrira nos actions de représentation, mais elle aura aussi une fonction de plaidoyer vis-à-vis des pouvoirs publics et de nos partenaires, en particulier pour peser sur les orientations du prochain Projet Régional de Santé Hauts-de-France.

Sans en dévoiler ici le détail, ce travail s'organisera autour de grandes lignes directrices, dessinées en creux par les constats que cette synthèse met en évidence et que nous chercherons à enrayer : la rupture d'accès aux soins de proximité et aux spécialistes, l'éloignement des instances de démocratie sanitaire vis-à-vis du vécu des habitants, la banalisation du renoncement aux soins et la fragilisation de la santé mentale.

Il traduira aussi une volonté : celle de ne pas réduire la santé au seul soin, mais de l'aborder dans sa globalité, en agissant notamment sur les déterminants sociaux – logement, revenu, mobilité, isolement – que l'enquête désigne comme des freins au moins aussi puissants que l'offre de soins elle-même. Il portera enfin la conviction que le numérique doit devenir un outil d'inclusion, et non d'exclusion, pour l'ensemble des usagers du système de santé.

Ces recommandations s'appuieront sur le travail de synthèse et sur le Projet Régional de Santé, en tenant compte également des engagements plus permanents déjà formulés par nos adhérents, nos instances internes et nos représentants des usagers. Les mises en œuvre concrètes que nous proposerons s'inspireront, chaque fois que possible, de projets qui existent déjà sur certains territoires de la région : lorsque de telles actions sont déjà engagées, notre objectif ne sera pas de nous y substituer, mais de les faire connaître, de les conforter et de leur donner les moyens de se pérenniser et d'essaimer ailleurs dans la région.

Ne doutons pas qu'il viendra enrichir les axes de travail de France Assos Santé pour les prochaines années.





Références

1. BVA. (2020, janvier). L'accès aux soins dans les Hauts-de-France [Rapport d'étude]. France Assos Santé. <https://hauts-de-france.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/sites/12/2020/02/BVA-pour-France-Assos-sante-Acces-aux-soins-dans-les-Hauts-de-France-Janvier-2020.pdf>
2. Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1er janvier 2026, CNOM
Conseil national de l'ordre des médecins. (2025). Atlas de la démographie médicale 2025 – Tome 1 [PDF]. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_demographie_2025_tome_1.pdf
3. INSEE - Taux de fécondité par région/département - 2022
INSEE - Structure par âge et composition des familles 2022
Assurance Maladie - Données par territoire (Chiffres clés)
INSERM - CépiDc - Causes de décès par département
INSEE - Taux de pauvreté par département en 2021
INSEE - Espérance de vie et mortalité par département - 2022
4. data.gouv.fr. (2024). Indicateurs territoriaux de précarité par commune, EPCI, département et région [Jeu de données]. Plateforme ouverte des données publiques françaises. <https://www.data.gouv.fr/datasets/indicateurs-territoriaux-de-precarite-par-commune-epci-departement-et-region>
5. Agence régionale de santé des Hauts-de-France. (s. d.). Carte des CPTS et projets de CPTS en Hauts-de-France. Consulté le 18 juin 2026, sur <https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/consulter-la-carte-des-cpts-et-projets-de-cpts-en-hauts-de-france?parent=11817&rubrique=11814>
6. Agence régionale de santé Hauts-de-France. (2026, 3 juin). *Consulter la carte des CPTS et projets de CPTS en Hauts de France*. PAPS Hauts-de-France. <https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/consulter-la-carte-des-cpts-et-projets-de-cpts-en-hauts-de-france>
7. Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes. (s. d.). Comment créer une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) : démarches à suivre pour les collectivités. Consulté le 18 juin 2026, sur <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/comment-creer-une-maison-de-sante-pluriprofessionnelle-msp-demarches-suivre-pour-les-collectivites>
8. Agence régionale de santé Hauts-de-France. (s. d.). *Cartographie des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles*. PAPS Hauts-de-France. Consulté le 17 juillet 2026. <https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/cartographie-des-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles>
9. Avec Santé NA. (s. d.). Les MSP, SECPA : des structures d'exercice coordonné participatives. Consulté le 18 juin 2026, sur <https://avecsantena.fr/les-msp-secpa-des-structures-dexercice-coordonne-participatives/>
10. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_2025_centres_de_sante.pdf
11. Ministère des Solidarités et de la Santé. (s. d.). Les centres de santé. Consulté le 18 juin 2026, sur <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-centres-de-sante-211965>
12. Hauts-de-France. (s. d.). Cartographie des centres de santé en région Hauts-de-France. Portail Santé des Hauts-de-France. <https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/cartographie-des-centres-de-sante-en-region-hauts-de-france>
13. Ministère des Solidarités et de la Santé. (s. d.). CMP (Centre médical pour personnes handicapées). Consulté le 18 juin 2026, sur <https://www.monparcours handicap.gouv.fr/glossaire/cmp>
14. Agence régionale de santé des Hauts-de-France. (s. d.). Le service d'accès aux soins (SAS). Consulté le 18 juin 2026, sur <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-service-dacces-aux-soins-sas-1>
15. Agence régionale de santé Île-de-France. (s. d.). Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC). Consulté le 18 juin 2026, sur <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/les-dispositifs-dappui-la-coordination-dac>
16. Agence régionale de santé Hauts-de-France. (s. d.). Cartographie des DAC en Hauts-de-France. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/cartographie-des-dac-en-hauts-de-france>
17. Agence régionale de santé. (s. d.). Les contrats locaux de santé. Consulté le 18 juin 2026, sur <https://www.ars.sante.fr/les-contrats-locaux-de-sante>



18. Agence régionale de santé Hauts-de-France. (s. d.). Élus : quel bilan pour les contrats locaux de santé en Hauts-de-France ? Portail Santé des Hauts-de-France. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/elus-quel-bilan-pour-les-contrats-locaux-de-sante-en-hauts-de-france>
19. Centre de ressources CLSM. (s. d.). Carte des CLSM. Consulté le 18 juin 2026, sur <https://ressources-clsm.org/carte-clsm>
20. CLSM. (s. d.). Carte des centres de lutte contre la souffrance au travail (CLSM). Ressources CLSM. https://ressources-clsm.org/carte-clsm?zone_geo=121&combine=&field_coordonnateur_value=&field_date_created_value%5Bmin%5D=2010&field_date_created_value%5Bmax%5D=2025
21. Agence régionale de santé des Hauts-de-France. (s. d.). Les projets territoriaux de santé mentale (PTSM). Consulté le 18 juin 2026, sur <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-projets-territoriaux-de-sante-mentale-ptsm-0>
22. Ministère des Solidarités et de la Santé. (s. d.). Centre de ressources territorial. Consulté le 18 juin 2026, sur <https://solidarites.gouv.fr/centre-de-ressources-territorial>
23. Agence régionale de santé Hauts-de-France. (s. d.). Les centres de ressources territoriaux (CRT) pour les personnes âgées en Hauts-de-France. Portail Santé des Hauts-de-France. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-centres-de-ressources-territoriaux-crt-pour-les-personnes-agees-en-hauts-de-france>
24. Analyse des entretiens réalisée par HB étude et conseil
25. World Health Organization. (2023, March 21). Commercial determinants of health. World Health Organization



Annexes

Modèle de courrier – Prise de contact des communes et intercommunalités



Madame / Monsieur

Titre

Adresse

Ville

Lille, le [] juillet 2025

Madame la Présidente,

Monsieur le Président,

Madame le Maire,

Monsieur le Maire,

France Assos Santé est l'organisation de référence qui porte la voix et défend les intérêts des patients et des usagers du système de santé. Nous regroupons près de 100 associations nationales et près de 75 associations en région Hauts-de-France. Elles agissent pour la défense des droits des malades, l'accès aux soins pour tous et la qualité du système de santé. Nous formons les 15 000 Représentants des Usagers qui siègent dans les instances hospitalières et de santé publique. Enfin, nous prenons une part active dans le débat public et portons des propositions concrètes auprès des acteurs institutionnels et politiques pour améliorer le système de santé.

De 2012 à 2017, nous avons réalisé une première enquête pour comprendre le parcours de soins et les difficultés d'accès au système de santé des usagers dans l'ensemble des Hauts-de-France. Cette enquête a été très riche d'apprentissage et nous a permis d'étayer notre plaidoyer et de mobiliser les représentants des usagers et les institutions publiques autour des inégalités territoriales d'accès aux soins, des transformations du système de santé et des parcours de santé. Cette enquête avait été réalisée dans ces cinq communes : Douchy-les-Mines, Fruges / Hucqueliers, Saint-Quentin, Compiègne et Amiens. Les territoires ont été choisis pour refléter la diversité des contextes rencontrés dans la région, tout en s'appuyant sur un socle d'études antérieures afin d'en assurer la continuité.

Depuis quelques années nos adhérents nous alertent sur la difficulté d'accéder à un médecin généraliste ou un médecin spécialiste. Nous l'avons vérifié en 2020 par le biais d'un sondage réalisé sur un échantillon représentatif de 800 usagers. Dans ce sondage, 6 habitants sur 10 évoquaient un renoncement ou un report de soin dû à la difficulté de consulter.

En 2025, avec le soutien de l'Agence Régionale de Santé Hauts-de-France, nous ambitionnons de renouveler la méthode d'observatoire territorial des usagers de la santé pour éclairer les futures orientations du Projet Régional de Santé (PRS) 2028-2031 et appuyer le plaidoyer porté par France Assos Santé à l'échelle régionale, comme nationale. L'objectif principal est de réinterroger les habitants sur leur rapport au système de santé, leur accès aux soins et à la prévention ainsi que leurs attentes à l'égard des dispositifs en place. Nous souhaitons désormais réenquêter auprès de ces mêmes territoires mais aussi ajouter un nouveau terrain d'enquête, à savoir la Thiérache, afin d'avoir une diversité de territoires pour qu'elle soit la plus exhaustive possible.

Union régionale des associations agréées d'usagers du système de santé Hauts-de-France

10, rue Baptiste Monnoyer – 59800 LILLE • Tél. : 03 68 32 18 88

hauts-de-france@france-assos-sante.org • www.france-assos-sante.org/hauts-de-france



L'enquête se compose d'une phase exploratoire par entretiens auprès de personnes ressources des territoires qui connaissent les problématiques de santé afférentes et spécifiques aux communes ciblées et qui travaillent quotidiennement auprès des habitants. La seconde phase du projet permettra, avec le concours des acteurs locaux, d'aller interroger directement les usagers du système de santé en les intégrant à des focus groupes pour leur permettre d'échanger collectivement autour des enjeux de santé.

Pour mener à bien ce projet, nous avons donc besoin de votre participation en tant que territoire déjà enquêté par le passé. Douchy-les-Mines avait accueilli l'enquête en 2013 / Fruges-Hucquelliers avait accueilli l'enquête en 2015 / Saint-Quentin avait accueilli l'enquête en 2017 / Compiègne avait accueilli l'enquête en 2017 / Amiens Nord avait accueilli l'enquête en 2017, nous aimerions donc réinterroger la population de votre territoire lors d'un focus groupe donnant la parole aux usagers du système de santé.

Pour mener à bien ce projet, nous avons donc besoin de votre participation en tant que nouveau terrain d'enquête. La Thiérache pourrait apporter un regard inédit sur l'expérience d'accès aux soins en grande ruralité, nous aimerions donc interroger la population de votre territoire lors d'un focus groupe donnant la parole aux usagers du système de santé. Votre contribution à ce projet vous permettra aussi de recueillir les besoins de votre population en matière de santé afin de guider votre action en faveur de vos concitoyens.

Nous sollicitons donc votre autorisation et votre concours pour participer à cette enquête en nous indiquant de quelle façon vous, ou l'un de vos collaborateurs désigné, pouvez contribuer à ce projet commun d'envergure. A cet effet, nous nous tenons à votre disposition pour échanger plus amplement sur le projet et attendons votre retour par téléphone ou courriel.

o Pierre-Marie LEBRUN, Président de France Assos Santé Hauts-de-France
05 43 97 14 93 ; presidence.hdf@france-assos-sante.org

o Maureen POLLART, Coordinatrice régionale de France Assos Santé Hauts-de-France
05 42 60 00 44 ; mpollart@france-assos-sante.org

Veuillez trouver ci-joint :

- Une note détaillée concernant la méthodologie de l'enquête à venir ;
- La synthèse régionale de l'enquête menée de 2012 à 2017 ;
- La synthèse territoriale produite sur votre commune à la suite de l'enquête précédente.

Nous vous remercions à l'avance pour l'attention que vous porterez à cette demande et vous prie de croire en l'expression de ma considération la meilleure.

Pierre-Marie LEBRUN
Président de France Assos Santé
Hauts-de-France

Union régionale des associations agréées d'usagers du système de santé Hauts-de-France
10, rue Baptiste Monnoyer - 59600 LILLE - Tél. : 03 68 32 18 88
hauts-de-france@france-assos-sante.org - www.france-assos-sante.org/hauts-de-france



Flyer focus groupes

France Assos Santé
La voix des usagers
Hauts-de-France

VOTRE AVIS COMPTE

Venez échanger sur votre santé
et votre accès aux professionnels de santé
pour participer à une grande enquête régionale



LIEU + SALLE
Date : + horaires

France Assos Santé Hauts-de-France
03 66 32 18 88 - Hauts-de-france@france-assos-sante.org



C'est quoi cette enquête ?

Une enquête menée par France Assos Santé pour recueillir la parole des habitants sur leur accès aux soins, aux services de santé et aux droits dans leur territoire.

Une enquête pour quoi faire ?

Mieux comprendre les difficultés rencontrées au quotidien, identifier les besoins réels des usagers et formuler des propositions d'amélioration à destination des acteurs publics et de santé.

Comment cela va se passer ?

L'enquête repose sur des focus groupes : des temps d'échange collectifs, animés par des professionnels, où les participants partagent librement leur expérience, leurs constats et leurs attentes.

La parole est anonyme et les échanges sont confidentiels.

Qui sommes-nous ?

France Assos Santé est l'union nationale des associations agréées de patients et d'usagers du système de santé. Elle défend les droits des usagers et porte leur voix auprès des pouvoirs publics.

France Assos Santé Hauts-de-France
03 66 32 18 88 Hauts-de-france@france-assos-sante.org

France
Assos
Santé
La voix des usagers
(Qualité d'Accès)



Grille d'entretien

Présentation de l'enquête

Cette enquête vise à mieux comprendre comment les usagers perçoivent, vivent et pratiquent la santé au quotidien. Avant de rencontrer les habitants, nous réalisons des entretiens individuels avec des personnes qui, comme vous, connaissent bien le terrain : professionnels, acteurs associatifs, élus, médiateurs ou accompagnants. Votre expérience est essentielle pour éclairer les dynamiques locales et orienter les échanges collectifs que nous mènerons ensuite avec les habitants de plusieurs communes.

L'entretien que nous vous proposons est **confidentiel**. Toutes les informations que vous partagerez seront **anonymisées**. Un **document relatif au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD)** vous sera remis, afin de garantir un cadre sécurisé pour vos propos, dans le respect de vos droits.

Enfin, les éléments recueillis pourront être **analysés par un prestataire externe**, sélectionné par nos soins dans le cadre du projet. Ce prestataire n'aura accès qu'à des **retranscriptions strictement anonymisées**.

A. Contexte et rôle de l'interviewé

- Acceptez-vous que l'entretien soit enregistré ?
- Pouvez-vous vous présenter (structure, poste, missions, parcours professionnel) ?
- Qu'est-ce qui vous motive dans votre métier ?
- Depuis combien de temps évoluez-vous sur ce territoire ?
- Quel est votre rôle au contact des usagers dans le domaine de la santé ?
- Quel est le public que vous rencontrez le plus fréquemment ?
- Comment décririez-vous votre territoire d'intervention (urbain/rural, population, spécificités locales) ?
- Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez au quotidien dans votre fonction ?

B. Promotion de la santé et prévention

- Quelles actions de prévention avez-vous observé sur votre territoire depuis 2018 (dépistage, vaccination, information) ?
- Y a-t-il eu des projets d'aménagement favorisant l'activité physique ou le bien-être ?
 - *Quels sont, selon vous, les enjeux prioritaires en matière de prévention ?*
- Qu'est-ce qui, selon vous, fonctionne bien ou moins bien dans les campagnes de prévention ? Pourquoi ?
 - *Quels sont les moyens les plus efficaces pour communiquer en santé avec la population ?*
 - *Comment la prévention est-elle perçue sur votre territoire, notamment selon les zones urbaines ou rurales ?*
- Quelles sont les difficultés que rencontrent les usagers sur ces thématiques ?
 - *Quelles initiatives seraient à mettre en place pour améliorer cette prévention ?*
- Travaillez-vous sur la santé mentale ? Si oui, de quelle façon est-elle abordée ?
 - *Quelles sont les principales difficultés rencontrées sur cette question ? Les personnes que vous accompagnez évoquent-elles spontanément leur santé mentale ? De quelle manière ?*
- Quelles sont les difficultés ou problématiques observées sur ce sujet ? En termes d'accompagnement par exemple



C. Accès aux soins territorialisés

- Quelles sont les particularités de votre territoire en matière d'accès aux soins ?
 - *Observez-vous des inégalités dans l'accès aux soins ? Si oui, lesquelles ? Quelles sont les plus grandes difficultés rencontrées par les usagers pour accéder aux soins ?*
- Y a-t-il des structures ou dispositifs qui facilitent l'accès aux soins (MSP, CPTS, etc.) ?
- Comment s'organise la coordination entre les acteurs (prévention, sanitaire, social, médico-social) ?
- Quelles sont les demandes les plus récurrentes que vous recevez sur la santé ? Comment y répondez-vous ?
- Observez-vous des ruptures dans les parcours de soins ?
 - *Quelles en sont les conséquences ?*
- Les personnes ont-elles généralement un médecin traitant
 - *Est-il facile d'en trouver un ?*
- Si ce n'est pas le cas, quelles stratégies adoptent-elles pour se soigner ?
 - *Que leur conseillez-vous ? Quelles sont les conséquences du renoncement ou du report de soins sur leur santé ?*
- Avez-vous des témoignages de refus de soins ? Si oui, pouvez-vous en parler ?
- Connaissez-vous les recours possibles ? En parlez-vous au public ?
- Existe-t-il des dispositifs spécifiques pour certaines populations (femmes isolées, personnes sans domicile, etc.) ? Si oui, lesquels ?
 - *Pouvez-vous nous parler de ces dispositifs ? (Fonctionnement, financement, difficultés, réussites)*
- Des projets ont-ils été développés pour répondre aux problématiques de désertification médicale ?

D. Les enjeux de la e-santé

- Utilisez-vous les outils numériques dans votre pratique ?
 - *Vous sentez-vous à l'aise avec ces outils ? Si oui lesquels ? Avez-vous eu des formations ? Vous sentez-vous accompagné ? Avez-vous reçu des informations sur cette thématique récemment ?*
- Avez-vous observé des difficultés d'accès au numérique auprès du public que vous accompagnez ou des acteurs autour de vous ?
- Que pensez-vous de l'IA ?
 - *L'utilisez-vous dans vos pratiques professionnelles ? Le conseillez-vous aux personnes que vous accompagnez ?*
- Comment voyez-vous la santé de demain ?
- Depuis la digitalisation du système de santé, avez-vous observé des problématiques nouvelles ?
 - *Si oui, lesquelles ?*
- En majorité, les personnes ont-elles un smartphone et/ou un ordi ?
 - *Les utilisent-ils en lien avec leur parcours de santé ? Quel est leur usage au quotidien ?*



- Comment vos usagers accèdent-ils aux outils numériques (téléphone, prise de RDV, "Mon espace santé") ?
- Mon espace santé est une application qui est connue auprès de votre public ?
- Y a-t-il des freins que vous avez observés chez certains publics (fracture numérique) ?
 - *Quelles sont les conséquences ?*
- Quelles sont pour vous les solutions à mettre en place ?
- Avez-vous le sentiment que les usagers connaissent et utilisent 'Mon espace santé' ? Quelles réactions ou retours avez-vous entendus à ce sujet ?

E. Santé mentale

- Quels sont les dispositifs existants sur votre territoire sur le sujet de la santé mentale ?
- Quel est le nombre de professionnels de santé dans ce domaine sur votre territoire ?
- Y a-t-il des besoins ?
 - *Si oui lesquels ?*
 - *Si oui, comment et où orientez-vous les personnes ?*
- Est-ce un sujet qui est fréquemment évoqué ?
 - *Par quel biais ?*
- Si vous aviez une baguette magique, que feriez-vous sur ce sujet ?
- Connaissez-vous le dispositif Mon Soutien Psy ?
 - *Le recommandez-vous ?*

F. Coordination des parcours et qualité du système

- Quels sont les professionnels de santé et sociaux avec lesquels vous collaborez le plus souvent ?
 - *Comment se déroulent ces coopérations (fréquence, qualité des échanges) ?*
 - *Avez-vous noté des évolutions récentes dans la coordination des soins ?*
- Sur quelles thématiques travaillez-vous le plus souvent en lien avec d'autres acteurs ?
 - *Observez-vous des freins à la coordination ? Lesquels ?*
- Les structures de soins coordonnés (MSP, CPTS, SAS) sont-elles bien intégrées dans votre territoire ?
- Comment qualifieriez-vous l'offre de soins globale sur votre territoire ?
- Selon vous, les projets portés et/ou financés par l'ARS sont-ils adaptés à votre territoire ?
- En tant qu'acteur local (professionnel, élu, associatif), êtes-vous consulté dans l'élaboration des politiques de santé ?
 - *Avez-vous observé une implication des usagers dans les concertations, comités ou conseils territoriaux ?*
- Les usagers comprennent-ils les dispositifs d'implication des usagers et leurs droits en matière de démocratie en santé ? (CDU, Représentants des Usagers, Comité de quartier)
 - *Repérez-vous de la demande ou de l'intérêt de la part des citoyens pour s'impliquer dans la démocratie en santé ?*

G. Veille, gestion des risques et santé tout au long de la vie

- Comment votre territoire s'est-il organisé pour faire face aux crises sanitaires (COVID, canicule, pollution) ?
- Quelles ont été les répercussions sur votre territoire ?
- Quelles ont été les évolutions après cette crise ?



- Quels dispositifs ciblent les publics fragiles (personnes âgées, handicap, précarité) ?
 - *Sont-ils efficaces ?*
- Quelles sont les populations que vous jugez mal prises en compte ?
 - *Pourquoi ? Que faudrait-il mettre en place pour mieux les accompagner ?*
- Les grandes transitions de vie (enfance, adolescence, vieillesse) sont-elles accompagnées par le système de santé ?
- Si vous pouviez poser une question lors d'un focus groupe, quel serait le sujet que vous aimeriez questionner ?



Imprimé en septembre 2026



Imprimé en septembre 2026



Santé Info Droit – 01 53 62 40 30

Ligne d'information et d'orientation sur toutes les problématiques juridiques et sociales liées à l'état de santé.

Lundi, mercredi, vendredi : 14h-18h

Mardi et jeudi : 14h-20h

www.france-assos-sante.org/sante-info-droits



66 Millions d'Impatients

<https://www.france-assos-sante.org/category/66-millions-dimpatients/>

Le site porte-parole des patients impatients, outils d'information pour mieux s'y retrouver dans le système de santé.

Nous contacter

France Assos Santé Hauts-de-France

03 66 32 18 88

hauts-de-france-france-assos-sante.org

Président

Pierre-Marie LEBRUN

03 66 32 18 88

presidence.hdf@france-assos-sante.org

Coordinatrice régionale

Maureen POLLART

06 42 60 00 44

mpollart@france-assos-sante.org

Chargée de gestion administrative

Chloé DUPERRET

03 66 32 18 88

cduperret@france-assos-sante.org

Chargée de mission

Marie ADAMY

07 56 34 09 08

madamy@france-assos-sante.org

Chargée de mission

Laureen GAJEK

06 25 47 08 09

lgajek@france-assos-sante.org

www.hauts-de-france.france-assos-sante.org

Ne pas jeter sur la voie publique