

# **Prospective et vieillissement de la population dans le Bassin minier**

## **Enjeux territoriaux et santé**

Samantha LEPEZ<sup>1</sup>  
Gilles POIRIER<sup>1</sup>  
Marielle RENGOT<sup>1</sup>  
Olivier LACOSTE<sup>2</sup>  
Sabine BROSH<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Chargés d'études à l'Observatoire Régional de la Santé du Nord – Pas-de-Calais

<sup>2</sup> Directeur de l'Observatoire Régional de la Santé du Nord – Pas-de-Calais

<sup>3</sup> Assistante de rédaction de l'Observatoire Régional de la Santé du Nord – Pas-de-Calais







## Sommaire

<b>INTRODUCTION</b>	<b>P 7</b>
Innovier dans la décision publique	P 7
Des actions pragmatiques à entreprendre pour un avenir qui n'est pas écrit par avance	P 7
Le Bassin minier : un territoire en difficulté mais en reconversion	P 8
Initier une prospective territoriale	P 8
<b>ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE DE LA POPULATION DES TERRITOIRES DU BASSIN MINIER</b>	<b>P 11</b>
Les projections démographiques	P 11
Quels territoires ?	P 11
Hypothèses ?	P 11
Évolutions démographiques régionales : le poids des mouvements migratoires	P 12
La baisse démographique du Bassin minier sera plus marquée dans ses parties ouest et centre	P 13
La zone de Béthune déjà âgée en 2000 le resterait en 2020	P 13
La partie lensoise du Bassin minier subirait une diminution plus importante de population	P 14
Une plus faible diminution de population dans la partie est du Bassin minier	P 15
<b>VIEILLISSEMENT PAR LE "HAUT"</b>	<b>P 27</b>
Une hausse globale des soins pour la population âgée	P 27
Modification des comportements de soins	P 27
Consommation de soins : certains services seront davantage sollicités	P 27
Espérance de vie et dépendance	P 28
Comment le vieillissement agit-il ?	P 28
La dépendance aujourd'hui	P 28
Quels scénarios de projection quant à la dépendance ?	P 29
Le cas des démences séniles	P 31
Quelle prise en charge pour ces personnes âgées dépendantes ?	P 33
Développer la prévention et la formation	P 34
La prévention	P 34
La formation en gériatrie	P 35
<b>POPULATION ACTIVE ET PROFESSIONS DE SANTÉ</b>	<b>P 37</b>
Quelles conséquences sur la population active du Nord – Pas-de-Calais ?	P 37
De quelles catégories d'emploi aura-t-on besoin ?	P 37
Trop peu de cadres aujourd'hui, un enjeu pour demain	P 38
<b><i>Le point sur... Le régime minier : population protégée et offre de soins</i></b>	<b>I</b>
<i>Les bénéficiaires du régime minier</i>	I
<i>L'offre de soins en 2004</i>	III
<i>Les centres de médecine générale</i>	IV
<i>Les centres de médecine spécialisée</i>	VI
<i>Les pharmacies</i>	X
<i>Les cabinets dentaires</i>	XII
<i>Décret du 2 novembre 2004 portant sur l'organisation de la sécurité sociale des mines (extrait)</i>	XIV

Croissance de l'emploi et départs en retraite dans le domaine socio-médical	P 40
Évolution de la pratique des professions de santé	P 40
Les professions paramédicales et sages-femmes	P 40
Démographie médicale et répartition géographique, des enjeux pour l'avenir	P 44
Une inadéquation durable entre professionnels et population ?	P 51
<b>CONCLUSION</b>	<b>P 53</b>
Des phénomènes qui ne doivent rien au hasard	P 53
Une forte influence attendue des mesures de développement et d'attraction territoriale	P 54
Une place pour la dimension <i>santé</i> des projets territoriaux	P 54
<b>ANNEXE</b>	<b>P 57</b>
Décret n°2004-1172 du 2 novembre 2004 modifiant le décret n°46-2769 du 27 novembre 1946 portant sur l'organisation de la sécurité sociale dans les mines	
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>P 71</b>
<b>SIGLES ET ACRONYMES</b>	<b>P 73</b>

## **Introduction**

Les effets attendus du *choc démographique* produit par la cessation d'activité des générations nées dans l'immédiat après-guerre sont connus depuis plusieurs décennies. Les effets essentiels attendus sont d'une part non seulement une diminution de la population en âge de travailler et d'autre part une élévation de l'âge moyen par accroissement des classes d'âges élevées.

Pour l'essentiel, leur analyse a porté sur ces effets déstabilisateurs à l'encontre de notre système de protection sociale et tout particulièrement sur les systèmes de retraite, que ceux-ci soient français, européens ou de l'ensemble des pays développés.

Plus récemment, l'impact de la disparition lourde d'actifs sur le marché du travail a chronologiquement constitué la deuxième prise de conscience des pouvoirs publics et des grands acteurs économiques<sup>1</sup>. A ce titre, les différents travaux engagés à propos des professionnels de santé<sup>2</sup> ou de l'encadrement supérieur de l'État<sup>3</sup> sont tout à fait exemplaires. A ceci viennent s'ajouter les divers travaux portant sur les conséquences immédiates et différées du vieillissement des personnes et des populations dont le nombre, encore trop important, provient du fait qu'ils nécessitent d'engager conjointement diverses disciplines ou savoir-faire tels que la démographie, les sciences humaines et sociales, la médecine clinique, l'épidémiologie, la santé publique, les sciences politiques, les politiques publiques et leurs évaluations<sup>4</sup>, etc.

Désormais, une troisième vague d'analyse, portant elle-aussi sur les conséquences du vieillissement moyen de la population commence de mobiliser les instances investies dans l'aménagement du territoire. Les instances centrales, productrices et instigatrices d'intelligence territoriale au plan national, telles que le Commissariat Général du Plan ou la Délégation interministérielle à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Régionale, ont attiré l'attention sur la réalité des effets négatifs de ces mêmes processus démographiques sur la structuration de l'espace national et européen.

### **Innover dans la décision publique**

En sollicitant l'Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais, le Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais ouvre, avec d'autres peut-être, un nouveau temps de la prise de décision publique. A divers titres, la démarche qui a été conçue de concert entre l'ORS et les services de la région est innovante. En effet, il s'agit d'allier transversalement au sein d'une logique unique prospective démographique et de l'offre de soins, prospective territoriale et intelligence territoriale, explication des variables de l'avenir régional par l'exposé des *risques* et des *opportunités* susceptibles de déterminer non seulement la perception des phénomènes mais aussi l'action pragmatique contemporaine comme en devenir du plus grand nombre d'acteurs, du Bassin minier en premier lieu et de ceux de la région.

#### **DES ACTIONS PRAGMATIQUES À ENTREPRENDRE POUR UN AVENIR QUI N'EST PAS ÉCRIT PAR AVANCE**

Pour cela il convient, au-delà d'un simple constat des tendances, de mettre en évidence les axes prioritaires d'action sur lesquels devraient porter les projets régionaux et ceux des territoires.

Contrairement à une conception désormais dépassée, une prospective ne se résume pas au descriptif passif de projections démographiques mathématiques. Il s'agit avant tout d'explicitier tout autant les moyens d'atteindre ce qui est souhaitable d'obtenir, que les solutions pour parer à l'inadmissible. Plus qu'un exercice scientifique, il s'agit de la première étape posée pour une action publique durable, action publique qu'il convient d'entretenir à moyen et long terme. En cela, des réajustements successifs pourraient très probablement s'avérer nécessaires tant en fonction des résultats des évaluations conduites que de nouveaux phénomènes, encore méconnus aujourd'hui, et qui pourraient apparaître dans les années ou les décennies à venir.

---

<sup>1</sup> Commissariat Général du Plan. 2005 : *le choc démographique, défi pour les professions, les branches et les territoires*. Paris : La Documentation française, 2002, 163 p. et annexes.

<sup>2</sup> Voir les travaux du Professeur Yvon Berland et de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS).

<sup>3</sup> De Silguy Y-T. (Dir.). *Moderniser l'État : l'encadrement supérieur*. Rapport au ministre de la fonction publique, de la réforme de l'État et de l'aménagement du territoire. Paris : multigr. 55 p. et annexes.

<sup>4</sup> École Nationale d'Administration. *Le vieillissement de la population française et ses conséquences sur les politiques publiques*. Séminaire de questions sociales de la promotion "Nelson Mandela" (1999-2001). Paris : multigr. 2001, 452 p. et annexes.

#### LE BASSIN MINIER : UN TERRITOIRE EN DIFFICULTÉ MAIS EN RECONVERSION

L'industrie minière et les activités secondaires qu'elle a induites ont été responsables, lors de sa mise en place puis par sa lente disparition au terme de 130 années d'occupation minière (en dépit des solides efforts de reconversion), de l'irruption de très forts phénomènes de déstabilisation. Qu'il s'agisse des aspects sociaux, urbains, environnementaux ou encore sanitaires, le Bassin minier du Nord – Pas-de-Calais était, au début des années 1980, un périmètre sous-intégré tant à l'espace régional qu'à la mutation de la société française, entravé par d'innombrables séquelles<sup>1</sup>.

La situation d'ensemble demeure actuellement très préoccupante. Après l'arrêt de l'exploitation houillère, se sont développés divers phénomènes sociaux tels que la montée de l'activité féminine, la progression de la formation et de la qualification, une accélération de l'émigration, un accroissement du chômage et l'installation des phénomènes d'exclusion ainsi que la survenue de la *crise sanitaire*<sup>2</sup>.

Il convient donc de constater qu'incontestablement les dynamiques en œuvre, certes parfois modestes, ne furent pas que négatives.

A ce titre, la mise en place d'intercommunalités solides, peuplées au bas mot de 125 000 habitants et l'intégration annoncée des infrastructures et dispositifs miniers, sont autant de gages pour une réintégration de cet espace et des populations qui y résident qui donnent d'ores et déjà les preuves de l'arrêt du renfermement sur soi et de l'absence de perspective<sup>3</sup>. Diverses initiatives ou rapports publics, tel le rapport Cabiddu<sup>4</sup>, ou encore la proposition de classement de ce territoire auprès de l'UNESCO au patrimoine mondial ont contribué à expliciter les actions souhaitables.

Parmi les plus marquantes on peut citer :

- la création d'entreprises à amplifier ;
- la Mission Bassin minier à conforter ;
- la mise en place d'un établissement public régional de gestion immobilière ;
- le remodelage du tissu urbain à poursuivre ;
- l'accélération du traitement des friches et des sites dégradés ;
- l'amélioration de l'attractivité des villes ;
- le patrimoine sanitaire et social de la Sécurité sociale dans les mines à conforter en vue d'optimiser les soins de proximité ;
- l'ouverture des établissements sociaux du régime minier aux ressortissants du régime général à atteindre ;
- l'accroissement des allocations de recherche et des postes d'enseignants chercheurs dans les pôles universitaires du Bassin minier ;
- le renforcement des programmes de reconversion industrielle ;
- la plate-forme multimodale de Dourges ;
- l'inscription de l'ensemble des projets dans le cadre d'un rééquilibrage entre les villes de l'ancien Bassin minier et la Métropole lilloise ;
- ou encore le renforcement du dynamisme intercommunal<sup>5</sup>.

#### INITIER UNE PROSPECTIVE TERRITORIALE

Transversal, ce rapport d'étude l'est dans sa construction et par les publics auxquels il est destiné. Dans sa conception il adopte une approche composite (projections de population, analyse et exposé des besoins d'offres de soins et de prises en charge émergents, exposé et bilan des risques et des opportunités) et des objectifs apportant un éclairage utile aux acteurs locaux et un constat portant sur les modes d'intervention voire d'organisation qui pourraient s'avérer utiles.

En effet, le vieillissement de la population est trop systématiquement présenté comme un problème relevant strictement de l'avis d'experts. Les mesures palliant les difficultés encourues, exposées comme des aggravations annoncées et imparables sont de plus en plus rares et décrites à l'échelle de vastes ensembles éco-démographiques ou tout au mieux à l'échelon des États. Les tendances populationnelles décrites par les projections statistiques sont exposées dans leurs méthodes mais ont comme effet de restreindre excessivement les projets locaux et l'anticipation des *opportunités* et de ne laisser envisager principalement que les *risques*.

Or, les causes du vieillissement ne sont fondamentalement pas que négatives. Elles résultent même et à l'évidence de processus on ne peut plus positifs puisque dépendant directement de l'allongement de l'espérance de vie, lui-même issu de l'amélioration générale de la qualité de vie. Le paradoxe est donc patent : l'accroissement de l'âge moyen des habitants du Bassin minier et du Nord – Pas-de-Calais résulte d'évolutions positives mais est véhiculé par une vision alarmiste, qui ne doit induire par avance un fatalisme.

---

<sup>1</sup> Lacoste O, Spinosi L, Declercq C et alii. *L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord – Pas-de-Calais*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 1996 ; 191 p.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> A ce titre il convient de signaler les effets obtenus par la *Mission Bassin minier* et la *Conférence permanente du Bassin minier*.

<sup>4</sup> Cabiddu M. *Les chances et les moyens du nouveau développement d'un ancien Bassin minier*. Rapport au premier ministre. Avril 2001. 131 p.

<sup>5</sup> Ibid.



Combien d'acteurs locaux, régionaux ou nationaux ont-ils été informés de l'opportunité attendue de la création nécessaire de plusieurs milliers d'emplois qui ne seront pas tous liés au remplacement des actifs partis en retraite. Compter plus de personnes âgées en 2010 ou 2020 implique aussi qu'il faille d'ici là créer de nouveaux emplois et de nouveaux métiers répondants à l'ensemble des besoins de cette tranche de population. Ces besoins relèvent de la quasi-totalité des secteurs d'activités et ne se limitent pas au seul secteur du social ou de la prise en charge de la dépendance.

Initier aujourd'hui une prospective territoriale nécessite donc de jeter les bases d'une analyse qui reprend les conceptions des démographes, des économistes, des médecins mais qui doit aussi compter avec l'ambition des élus locaux, le dynamisme des acteurs économiques, et les attentes de la population.

Pour ce faire, il convient avant tout de susciter des débats, débats qui eux-mêmes permettront à des réponses adaptées aux contextes locaux de se dessiner et, nous l'espérons, de se déployer.

Pour que la situation régionale s'améliore, ne convient-il pas d'anticiper et de mettre en place, précocement des innovations avant les autres puisque les réalités de la concurrence territoriale sont désormais indiscutables<sup>1</sup> ? Cette *prime au premier entrant*, la *first mover advantage* des acteurs économiques, devrait, pour être efficace, s'accompagner de la qualité des services offerts et surtout d'une avance véritable sur les concurrents.

C'est donc pour ces motifs que ce rapport est non seulement destiné aux tutelles, aux acteurs du système de santé mais aussi aux agents de développement territorial, aux agents économiques et aux élus. Dans un second temps, il conviendrait, en tout état de cause, que les éléments de cette prospective soient communiqués sous une forme adaptée aux habitants du Bassin minier et du Nord – Pas-de-Calais<sup>2</sup>.

A notre sens, le comportement des agents et des acteurs du territoire mérite d'être non pas guidé, mais accompagné par la maîtrise d'une *même information fiable*.

---

<sup>1</sup> Ce thème a connu un renouveau depuis l'arrivée de nouveaux pays au sein de l'Union européenne.

<sup>2</sup> Voir l'enquête *SPQR -Santé Publique, Qualité Régionale-* réalisée par l'ORS Nord – Pas-de-Calais, à la demande du Conseil régional, publiée au cours du premier trimestre 2004.

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont collaboré à ce travail ainsi que la Sécurité sociale dans les mines et plus particulièrement M. le Dr Jean-Louis Hourtoule, médecin conseil national.

# Évolution démographique de la population des territoires du Bassin minier

## Les projections démographiques

### QUELS TERRITOIRES ?

Cette étude repose sur les projections de population 2000, 2010, et 2020 à l'échelle des Intercommunalités<sup>1</sup> et des arrondissements. Les Intercommunalités du Bassin minier concernent les Communautés d'Agglomération de l'Artois, de Lens-Liévin, d'Hénin-Carvin, du Douaisis et de Valenciennes. Ces zones ne recouvrent pas exactement le territoire du Bassin minier. En effet, plusieurs communes n'étaient, au moment de l'étude, rattachées à aucune intercommunalité. Par ailleurs, les C. A. de l'Artois, de Lens-Liévin et dans une moindre mesure celles d'Hénin-Carvin et de la Porte du Hainaut, sont composées de plusieurs communes extérieures au Bassin minier. Cependant, même si ces projections n'intègrent pas l'ensemble de la population du Bassin minier, elles répondent à l'exigence de l'étude, c'est-à-dire fournir aux différents acteurs des projections de population qui puissent être interprétables dans le cadre du territoire local de décision qu'est l'Intercommunalité. Aussi, afin de prendre en considération toute la population du Bassin minier, nous présentons parallèlement les projections de population de chaque arrondissement du Nord – Pas-de-Calais dont ceux constituant le territoire du Bassin minier (Béthune, Lens, Douai, et Valenciennes).

### HYPOTHÈSES ?

Les projections de population ont été réalisées à l'aide de l'outil OMPHALE mis en œuvre par l'INSEE et à partir d'hypothèses élaborées par l'ORS Nord – Pas-de-Calais.

Dans son principe, une projection démographique consiste à faire vieillir une population année après année en intégrant tous les ans l'impact des décès, des migrations et des naissances. Pour cela, l'INSEE calcule 3 quotients de référence (quotients de mortalité, de migration nette et de fécondité) servant de point de départ aux projections.

Leur calcul repose sur les données démographiques existantes provenant des recensements et de l'État civil (naissances et décès).

Plusieurs scénarios peuvent ensuite être élaborés à partir de différentes hypothèses sur l'évolution de ces 3 quotients de référence.

Les projections retenues pour cette étude s'appuient sur 2 scénarios sélectionnés parmi plusieurs scénarios prédéfinis par l'INSEE. Le second scénario diffère du premier uniquement par une augmentation de la migration nette dans les différents territoires de cette étude. En revanche, les hypothèses concernant les tendances évolutives de la mortalité et de la fécondité sont identiques pour les 2 scénarios.

### Hypothèses retenues pour le premier scénario

#### Évolution de la mortalité

L'hypothèse retenue est celle d'une évolution des quotients de mortalité par sexe et âge calculés en 1999 dans chaque zone, qui suive la tendance centrale définie pour les projections de la France métropolitaine. Cette tendance prolonge jusqu'en 2050 les gains de mortalité observés ces 30 dernières années.

#### Évolution de la fécondité

Les quotients de fécondité par sexe et âge établis en 1999 dans chaque zone sont maintenus sur toute la période de projection. Cela revient à considérer comme constante la fécondité des femmes<sup>2</sup> jusqu'à l'horizon 2030 de la projection.

#### Évolution de la migration nette

Les quotients de migrations nettes par sexe et âge sont maintenus sur toute la période de projection. Ils résultent de la différence entre le nombre d'entrées dans une zone (immigrations) et le nombre de sorties de cette même zone (émigrations) rapportée à la population de cette zone. Un quotient de migration nette positif signifie que le nombre d'entrées dépasse le nombre de sorties de la zone.

---

<sup>1</sup> Les intercommunalités de la région Nord – Pas de Calais sont classées en 3 groupes et se ventilent ainsi : 2 communautés urbaines, 13 communautés d'agglomération et 11 *pays*.

---

<sup>2</sup> La fécondité annuelle des femmes est mesurée par l'Indice Conjoncturel de Fécondité (nombre moyen annuel d'enfants par femme) qui est la somme des quotients de fécondité par âge.

Les quotients migratoires de référence sont calculés sur des périodes intercensitaires plus ou moins étendues (1982-1999 ou 1990-1999). A l'instar d'une étude de l'INSEE portant sur les projections de population en 2030 des différentes zones d'emploi de la région Nord – Pas-de-Calais<sup>1</sup>, nous avons retenu l'hypothèse de taux migratoires de référence calculés sur la période 1990-1999. En effet, durant cette dernière décennie, le solde migratoire habituellement déficitaire dans le Nord – Pas-de-Calais est devenu moins défavorable. Il apparaissait par conséquent plus réaliste de s'appuyer sur cette période de référence.

#### Hypothèse du second scénario : une situation migratoire moins défavorable

Le second scénario choisi par l'ORS Nord – Pas-de-Calais diffère du premier exclusivement sur la base de l'hypothèse d'un solde migratoire moins défavorable dans les différentes zones géographiques.

A la base des projections, tous les quotients de migrations nettes par sexe et âge de référence sont augmentés de 1 pour 1 000.

Ce scénario prédéfini de l'INSEE conduit finalement à accroître chaque année de manière constante les effectifs par âge et sexe. Si les effectifs s'en trouvent modifiés, la structure de la population reste quant à elle inchangée par rapport aux projections résultant du premier scénario. Aussi, seule l'évolution des effectifs a-t-elle fait l'objet d'une comparaison entre les 2 scénarios (Tableau 1). Les tableaux et graphiques présentant l'âge moyen, différentes proportions (part des 60 ans ou plus, des moins de 20 ans) ou des ratios (80 ans ou plus/60 ans ou plus) découlent des résultats du premier scénario.

#### Avertissement

Dans la mesure où ces projections résultent de choix sur l'évolution de la mortalité, de la fécondité et des migrations, elles ne peuvent être considérées comme des prévisions. Par ailleurs, les projections de cette étude ne peuvent pas être additionnées. Par exemple, la somme des populations issues des projections de chaque arrondissement diffère de la projection de la population totale de la région Nord – Pas-de-Calais. C'est pour cela que nous avons privilégié les indicateurs synthétiques (proportion, taux d'accroissement, etc.) plutôt que les effectifs bruts. Par ailleurs, nos chiffres peuvent s'écarter des résultats publiés par l'INSEE en raison du choix différent des hypothèses. C'est le cas notamment en ce qui concerne le choix de la période de référence pour le calcul des quotients migratoires de référence (1990-1999). Celle de l'ORS est plus réduite que celle généralement utilisée par l'INSEE (1982-1999). Enfin, pour les publications de l'INSEE, les projections de chaque région ont été calées afin que leurs effectifs puissent être sommés ; ce qui n'est pas le cas dans notre étude. En effet, l'INSEE ne recommande pas

cette méthode de calage lorsque les projections portent sur des zones limitées.

## **Évolutions démographiques régionales : le poids des mouvements migratoires**

D'après les projections de l'INSEE<sup>2</sup>, en 2030, le Nord – Pas-de-Calais (comme l'ensemble des régions françaises) devrait connaître un vieillissement général de sa population et perdre par là-même sa spécificité démographique qui en 2000 en faisait encore, avec l'Île-de-France, la région la plus jeune de France, puisque ce vieillissement serait plus important qu'en moyenne dans l'hexagone.

Globalement, il sera essentiellement dû à l'arrivée aux âges élevés des enfants du *baby-boom*. Néanmoins, dans le cas de la région Nord – Pas-de-Calais, le poids des émigrations a un impact démographique important sur la diminution de la population, notamment sur la plan infra-régional. Ainsi, l'INSEE estime qu'en l'absence de migrations, la population du Nord – Pas-de-Calais augmenterait entre 2000 et 2030 de 12,5 %. Le maintien des mouvements migratoires observés entre les recensements de 1982 et 1999<sup>3</sup> diminuerait cet accroissement de 15,7 points.

En s'appuyant sur les hypothèses définies pour le 1<sup>er</sup> scénario, la région Nord – Pas-de-Calais pourrait connaître entre 2010 et 2020 une légère baisse de sa population (-0,40 %) (Tableau 1). Toutefois, sur l'ensemble de la période 2000-2020, l'accroissement resterait légèrement positif (+0,20 %).

En 20 ans, l'âge moyen régional passerait de 36,45 à 40,44 ans (Tableau 2, Figure 2). La part des individus ayant moins de 20 ans au 1<sup>er</sup> janvier 2000 (29,05 %) diminuerait de -3,84 points (Tableau 3, Figure 3). Cette baisse interviendrait pour les ¾ entre 2000 et 2010 (-2,71 points) puis ralentirait au cours de la période 2010-2020 (-1,13%).

Inversement, la part des individus âgés de 60 ans ou plus (18,11 %) s'accroîtrait de 6,22 points en 20 ans. L'essentiel de cette hausse interviendrait au cours de la seconde décennie (Tableau 4, Figure 4).

Au niveau des arrondissements, les évolutions démographiques entre 2000 et 2020 seraient contrastées.

Les arrondissements de Saint-Omer (+5,71 %), Lille (+4,21 %), Boulogne-sur-Mer (+4,21 %), Calais (+4,43 %) et dans une moindre mesure de Montreuil (+1,72 %), verraient leur population augmenter (Carte 1). Cette croissance s'atténuerait entre 2010 et 2020. Parmi ces arrondissements, celui de Lille qui regroupait au 1<sup>er</sup> janvier 2000, 29,62 % de la population régionale, en concentrerait 30,78 % en 2020 (soit une augmentation de 1,17 points), soit très supérieur à celui des autres arrondissements.

<sup>1</sup> Antonov Zafiro P, Vaillant E. *Projections infra-régionales de population pour 2030 : des situations contrastées sur les différents territoires du Nord – Pas-de-Calais*. Profils INSEE, n°9, novembre 2001.

<sup>2</sup> Omalek L. *Projections régionales de la population pour 2030 : l'impact des migrations*. INSEE Première, n°805, septembre 2001.

<sup>3</sup> Ces chiffres découlent d'un scénario prenant en compte, pour le calcul des quotients migratoires de référence, les recensements 1982-1999 et non 1990-1999 comme dans le cas de nos propres projections.

Cela marque l'accentuation de la "métropolisation" de la zone lilloise due à son important pouvoir attractif des étudiants et des actifs.

En revanche, les autres arrondissements connaîtraient une baisse du nombre de leurs habitants. La situation serait particulièrement marquée dans l'arrondissement d'Avesnes-sur-Helpe où la baisse atteindrait -8,65 %.

Dans l'hypothèse d'un relèvement de tous les taux de migration nette de 1 pour 1 000 (scénario 2), la population régionale afficherait sur la période 2010-2020 un accroissement de +2,24 %. Elle progresserait alors de 89 611 habitants en 20 ans alors que ce chiffre n'est que de 8 081 habitants sur la base des hypothèses du 1<sup>er</sup> scénario. Ainsi, dans le cas des arrondissements de Douai (+1,46 %), de Valenciennes (+1,51 %), de Dunkerque (+1,09 %) et d'Arras (+1,23 %), la croissance de la population deviendrait positive. En revanche, les arrondissements de Béthune (-1,41 %), de Lens (-2,81 %), d'Avesnes-sur-Helpe (-6,79 %) et de Cambrai (-3,15 %), conserveraient malgré tout une croissance négative.

Quel que soit le scénario envisagé (scénario 1 ou 2), tous les arrondissements du Nord – Pas-de-Calais verraient leur population structurellement vieillir. L'âge moyen gagnerait entre 3,18 et 5,58 ans selon l'arrondissement. Lille et Calais resteraient en 2020 les arrondissements les plus jeunes de la région. A l'opposé, Montreuil demeurerait en 2020 le plus âgé (44,57 ans). Les arrondissements de Dunkerque, Saint-Omer, Montreuil et Avesnes-sur-Helpe connaîtraient en 20 ans le vieillissement le plus important.

Au niveau régional, le poids des personnes très âgées (80 ans ou plus) représente au 1<sup>er</sup> janvier 2000, 14,75 % des sujets âgés de 60 ans ou plus (Tableau 5, Figure 5). Cette proportion devrait principalement augmenter au cours des 10 premières années et gagner ainsi 7,59 points, puis diminuer très légèrement entre 2010 et 2020 (-0,70 point).

La figure 5 permet de distinguer 3 groupes :

- 1 groupe constitué des arrondissements de Montreuil, Béthune, Calais, Boulogne-sur-Mer, Lille et Saint-Omer, dont la part des 80 ans ou plus parmi les 60 ans ou plus, dépasse en 2000 le niveau régional et dont l'accroissement entre 2000 et 2020 resterait inférieur à la moyenne régionale ;
- 1 groupe constitué des arrondissements de Valenciennes, Cambrai, Douai, Lens et Avesnes-sur-Helpe au sein duquel la proportion des personnes âgées de 80 ans ou plus parmi les 60 ans ou plus était en 2000 inférieure à celle de la région mais connaîtrait d'ici 2010 et 2020 des évolutions plus importantes que la moyenne régionale ;
- 1 groupe constitué des arrondissements d'Arras et de Dunkerque dont le poids des 80 ans ou plus et son évolution sont très similaires à la moyenne régionale.

## **La baisse démographique du Bassin minier sera plus marquée dans ses parties ouest et centre**

Si les tendances démographiques observées au cours de la dernière décennie se prolongent jusqu'en 2030 (scénario 1), les arrondissements comme les communautés d'agglomération du Bassin minier devraient, sans exception, connaître entre 2000 et 2020 une diminution du nombre de leurs habitants et de leur poids démographique régional (Tableau 1, Figure 1). Ces baisses s'expliqueraient par un solde migratoire négatif caractérisé principalement par le départ de jeunes actifs qui ne serait pas compensé par un solde naturel pourtant positif.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2000, hormis celle de la C. A. d'Hénin-Carvin, la population des arrondissements comme celle des communautés d'agglomération du Bassin minier est plus âgée que la moyenne régionale mais ce vieillissement, excepté dans le cas de l'arrondissement de Béthune et de la C. A. d'Hénin-Carvin, devrait être inférieur à la moyenne régionale (+3,98 ans). L'âge moyen gagnerait en 20 ans entre 3,1 ans (C. A. de la Porte du Hainaut) et 4,6 ans (C. A. d'Hénin-Carvin) d'une zone à l'autre du Bassin minier.

### **LA ZONE DE BÉTHUNE DÉJÀ ÂGÉE EN 2000 LE RESTERAIT EN 2020**

D'ici 2020, la population de l'arrondissement de Béthune pourrait diminuer de 3,37 % et perdre 9 426 habitants en 20 ans (Tableau 1, Figure 1, Carte 1). Cette baisse débiterait dès la première décennie (-1,37 %) et s'amplifierait entre 2010 et 2020 (-2,03 %). La Communauté d'Agglomération de l'Artois connaîtrait sur la période 2000-2020 une baisse moins importante de sa population (-2,03 %) ; baisse qui se produirait principalement au cours de la seconde décennie (-1,24 %).

Dans le Bassin minier, l'arrondissement de Béthune (37,95 ans) comme la Communauté d'Agglomération de l'Artois (37,73 ans) constituent les zones dont l'âge moyen est le plus élevé au 1<sup>er</sup> janvier 2000 (Tableau 2, Figure 2, Carte 5). Ces zones devraient rester les plus âgées du Bassin minier et atteindre respectivement 42,14 et 41,44 ans en moyenne en 2020.

Dans l'arrondissement de Béthune, les jeunes de moins de 20 ans étaient au nombre de 77 331 au 1<sup>er</sup> janvier 2000 (Tableau 6). Ils ne seraient plus que 63 743 au 1<sup>er</sup> janvier 2020. Par ordre décroissant, cette baisse de 17,57 % place cet arrondissement en 4<sup>ème</sup> position après l'arrondissement d'Avesnes-sur-Helpe (-25,77 %), la C. A. d'Hénin-Carvin (-23,37 %) et l'arrondissement de Dunkerque (-19,57 %).

En terme de structure par âge, la part des moins de 20 ans de la population de l'arrondissement de Béthune passerait de 27,68 % en 2000 à 23,61 % en 2020 (-4,07 points). L'essentiel de cette baisse (-2,91 points) se produirait au cours des 10 premières années (Tableau 3, Figure 3).

A l'autre extrémité de la pyramide des âges, la part des 60 ans ou plus dans la population totale augmenterait de 6,66 points, dont 5,07 entre 2000 et 2010. Elle passerait ainsi de 20,36 à 27,02 % (Tableau 4, Figure 4). En terme d'effectifs, le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus, estimé à 56 880 au 1<sup>er</sup> janvier 2000 pourrait atteindre 72 937 au 1<sup>er</sup> janvier 2020 ; soit un accroissement de 28,23 % (Tableau 6).

Au sein de la C. A. de l'Artois, la variation de la proportion de sujets âgés de moins de 20 ans entre le 1<sup>er</sup> janvier 2000 et le 1<sup>er</sup> janvier 2020 atteindrait -3,68 points, alors que celle des personnes de 60 ans ou plus serait de +5,64 points. Les moins de 20 ans verraient leur nombre décroître de 57 593 à 49 009 individus, accusant ainsi une baisse de 14,9 % en 20 ans. En revanche, le nombre de personnes âgées estimé à 41 761 au 1<sup>er</sup> janvier 2000 augmenterait de 10 513 personnes sur la même période.

C'est dans l'arrondissement de Béthune et la Communauté d'Agglomération de l'Artois que le nombre de personnes âgées de 80 ans ou plus au sein du groupe d'âge des 60 ans ou plus est proportionnellement le plus élevé (16 % environ dans ces 2 zones) (Tableau 5, Figure 5). En revanche, contrairement aux autres zones du Bassin minier, l'accroissement de ce ratio d'ici 2020 demeurerait inférieur à celui observé en moyenne dans la région.

#### LA PARTIE LENSOISE DU BASSIN MINIER SUBIRAIT UNE DIMINUTION PLUS IMPORTANTE DE POPULATION

Malgré une structure par âge jeune et une fécondité élevée, cette partie du Bassin minier devrait, en raison du départ des jeunes adultes, connaître les baisses de population les plus importantes de la région Nord – Pas de Calais.

La population de l'arrondissement de Lens et surtout celle de la C. A. d'Hénin-Carvin diminueraient en 20 ans de respectivement -4,76 et -8,33 %. La baisse serait moins marquée dans la C. A. de Lens-Liévin (-2,93 %). L'arrondissement de Lens, qui en 20 ans perdrait 15 517 personnes, serait le 3<sup>ème</sup> arrondissement de la région Nord – Pas-de-Calais, après Cambrai et Avesnes-sur-Helpe, à subir la plus forte diminution de population. Son poids démographique régional passerait ainsi de 8,16 à 7,75 %.

L'accroissement de 1 pour 1000 des quotients de migration nette (scénario 2) ralentirait cette tendance. Néanmoins, l'arrondissement de Lens (-9 185 habitants) et les Communautés d'Agglomération de Lens-Liévin (-2 383 habitants) et d'Hénin-Carvin (-8 082 habitants) continueraient malgré tout à voir leur nombre d'habitants chuter.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2000, la population de l'arrondissement de Lens était en moyenne âgée de 36,68 ans. 20 ans plus tard, cet arrondissement demeurerait l'un des plus jeunes de la région (40,19 ans) et *a fortiori* du Bassin minier. L'évolution de l'âge serait sensiblement identique au sein de la C. A. de Lens-Liévin.

En terme de structure par âges, l'arrondissement de Lens (29,92 %) et les C. A. de Lens-Liévin (29,76 %) et d'Hénin-Carvin (30,1 %), représentaient au 1<sup>er</sup> janvier 2002, les zones du Bassin minier (ainsi que de la région, après l'arrondissement de Calais), détenant proportionnellement le plus grand nombre de sujets de moins de 20 ans dans leur population totale. En 2020, malgré une baisse de la part des individus appartenant à cette tranche d'âge dans l'arrondissement de Lens (-4 points) comme au sein de la C. A. de Lens-Liévin (-3,8 points), ces zones maintiendraient les proportions de sujets âgés de moins de 20 ans les plus élevées du Bassin minier ; proportions qui avoisineraient chacune plus d'1/4 de leur population totale.

En terme d'effectifs, les moins de 20 ans de l'arrondissement de Lens verraient leurs effectifs diminuer de 17,47 % au cours de la période 2000-2020 ; ce qui est proche de la baisse observée dans l'arrondissement de Béthune.

Par contre, le nombre d'habitants de l'arrondissement de Lens et de sa C. A. âgés de 60 ans ou plus connaîtraient, sur cette même période, les accroissements les plus faibles (respectivement 20,51 et 20,48 %), limitant ainsi le vieillissement structurel de la pyramide des âges.

En revanche, la C. A. d'Hénin-Carvin qui en 2000 représentait le territoire le plus jeune du Bassin minier avec un âge moyen de 36,43 ans, connaîtrait d'ici 2020 le vieillissement (+4,58 ans) le plus marqué du Bassin minier consécutif à la plus forte baisse (-4,94 points) de la proportion des sujets de moins de 20 ans et la plus forte hausse (+7,46 points) de la proportion des sujets âgés de 60 ans ou plus.

La baisse de la part des moins de 20 ans interviendrait surtout entre 2000 et 2010, passant ainsi de 30,10 à 26,29 % (-3,81 points) pour atteindre 25,16 % en 2020. L'augmentation de la part des sujets âgés de 60 ans ou plus s'observerait surtout après 2010. La proportion de personnes appartenant à cette tranche d'âge passerait ainsi de 18,41 à près de 20,66 % (+2,24 points) au cours de la 1<sup>ère</sup> décennie, puis grimperait à 25,87 % en 2020 (+5,21 points).

En terme d'effectifs, le nombre de jeunes passerait de 37 572 à 28 791 entre le 1<sup>er</sup> janvier 2000 et 2020 (soit -23,37 %), ce qui constitue la baisse la plus importante dans le Nord – Pas-de-Calais après l'arrondissement d'Avesnes-sur-Helpe (-25,77 %). A l'opposé, les sujets âgés de 60 ans ou plus verraient leurs effectifs croître de 22 985 à 29 601 individus en 20 ans, soit +28,84 %.

Dans l'arrondissement de Lens, la part des sujets âgés de 80 ans ou plus parmi les personnes âgées de 60 ans ou plus (13,87 %), qui au 1<sup>er</sup> janvier 2000 était inférieure à la moyenne régionale, devrait dépasser cette dernière en 2010 et représenter pratiquement 24 % des plus de 60 ans. Cette proportion redescendrait ensuite à 22,33 % à l'horizon 2020. La situation en 2000 ainsi que les évolutions en 2010 et 2020 seraient assez similaires au sein des C. A. de Lens-Liévin et d'Hénin-Carvin.

**UNE PLUS FAIBLE DIMINUTION DE POPULATION DANS LA PARTIE EST DU BASSIN MINIER**

La partie est du Bassin minier constituée des arrondissements de Douai (-0,56 %) et de Valenciennes (-0,51 %) connaîtrait entre 2000 et 2020 la plus faible diminution de population de ce territoire. En 20 ans, l'arrondissement de Valenciennes perdrait au total 1773 individus et celui de Douai 1389. Cette baisse interviendrait plus tardivement puisque, contrairement aux autres zones du Bassin minier, l'accroissement demeurerait légèrement positif entre 2000 et 2010 au sein de ces arrondissements ainsi que dans la C. A. de Valenciennes.

A l'échelle des intercommunalités, la situation serait plus nuancée avec une très faible baisse dans la C. A. de la Porte de Hainaut (-0,67 %) et des diminutions plus marquées au sein des C. A. de Valenciennes (-1,20 %) et surtout du Douaisis (-3,57 %). Cette dernière, frontalière à la C. A. de l'Artois, semble par conséquent connaître une situation démographique se rapprochant davantage de celle observée dans la zone de Lens.

Le scénario 2 se traduirait en 2020 par une augmentation de 5 286 habitants dans l'arrondissement de Valenciennes, de 3 596 individus dans celui de Douai, de 1 562 dans la C. A. de Valenciennes et de 1 932 dans celle de la Porte du Hainaut. En revanche, bien que la baisse de la population ralentirait, la C. A. du Douaisis continuerait de voir le nombre de ses habitants diminuer (-2 466).

Au 1<sup>er</sup> janvier 2000, l'âge moyen des habitants de l'arrondissement de Valenciennes (36,77 ans) et de sa Communauté d'Agglomération (36,61 ans) demeurerait proche de la moyenne régionale. En 2020, ces 2 zones feraient partie des territoires les plus jeunes du Bassin minier avec un âge moyen de respectivement 40,25 et de 40,42 ans. L'arrondissement de Valenciennes, qui au 1<sup>er</sup> janvier 2000 comptait 100 583 jeunes de moins de 20 ans (28,82 %), n'en compterait plus que 89 570 (25,8%) en 2020 ; soit une diminution de 10,95 % des effectifs (l'une des diminutions les plus faibles de la région).

Par rapport à l'arrondissement de Valenciennes, celui de Douai (37,04 ans) et sa Communauté d'Agglomération (37,22 ans) apparaissent au 1<sup>er</sup> janvier 2000 légèrement plus âgés.

A l'horizon 2020 ces deux zones devraient vieillir de respectivement 3,69 et 3,84 ans.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2000, la proportion des individus de moins de 20 ans dans la population totale de chacun de ces territoires se situait entre 28,20 % pour la valeur la plus basse (C. A. du Douaisis) et 29,24 % pour la valeur la plus haute (C. A. de la Porte de Hainaut.) L'ensemble des zones de cette partie du Bassin minier devrait connaître une baisse relative du poids démographique de cette tranche d'âge qui devrait rester inférieure à la moyenne régionale.

La C. A. de la Porte du Hainaut représenterait la zone géographique du Bassin minier qui en 20 ans vieillirait le moins et qui deviendrait la zone la plus jeune du Bassin minier en 2020. Entre 2000 et 2020, l'âge moyen augmenterait seulement de 3,06 ans, ce qui est proche de la valeur observée dans l'arrondissement de Lille (3,18 ans). L'âge moyen passerait ainsi de 37,02 à 40,09 ans.

La part des individus de 60 ans ou plus et de moins de 20 ans connaîtraient respectivement la hausse et la baisse les moins marquées des zones du Bassin minier et de la région. Les moins de 20 ans qui étaient au nombre de 42 046 perdraient 4 151 individus entre le 1<sup>er</sup> janvier 2000 et le 1<sup>er</sup> janvier 2020 ; ce qui représente la baisse la plus faible (-9,87 %) après l'arrondissement de Lille. De même, les sujets âgés de 60 ans ou plus connaîtraient une augmentation de 21,20 % ; ce qui apparaît comme l'une des plus faibles hausses après la C. A. et l'arrondissement de Lens-Liévin.

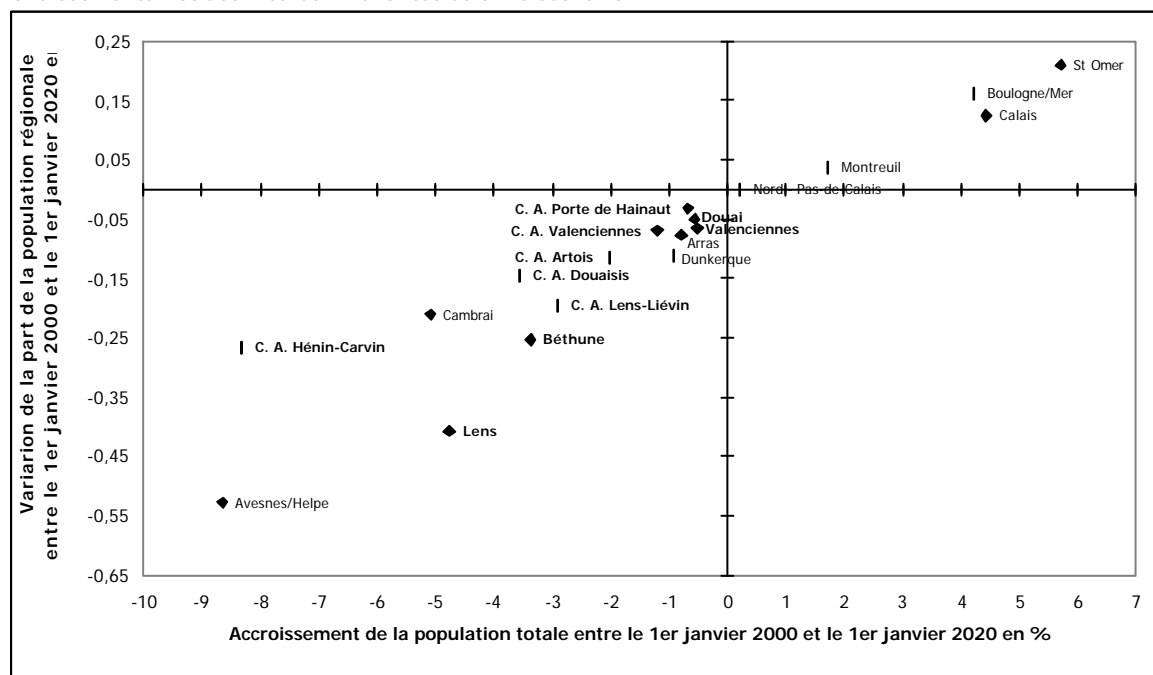
Au 1<sup>er</sup> janvier 2000, le poids démographique des personnes âgées de 80 ans ou plus parmi les 60 ans ou plus, demeurerait au sein de chacune de ces zones (arrondissements et C. A. de la partie est du Bassin minier) inférieur au niveau régional (14,75 %) et variait entre 12,25 % (C. A. de la Porte du Hainaut) et 13,99 % (C. A. du Douaisis). Par contre, l'accroissement du poids démographique du 4<sup>ème</sup> âge à l'horizon 2020 serait plus important que dans la région (+6,9 points). Il interviendrait principalement au cours de la 1<sup>ère</sup> décennie et serait particulièrement important au sein de la C. A. de la Porte de Hainaut (+10,26 points) et de la C. A. du Douaisis (+9,56 points).

Tableau 1 : Effectifs et évolution des populations en 2000, 2010 et 2020 selon deux scénarios de projections

	Scénario 1						Scénario 2					
	Effectifs au 1er janvier			Variation relative de la population en % entre			Effectifs au 1er janvier			Variation relative de la population en %		
	2000	2010	2020	2000 et 2010	2010 et 2020	2000 et 2020	2000	2010	2020	2000 à 2010	2010 à 2020	2000 à 2020
<b>C. A. du Bassin minier</b>												
C. A. de la Porte de Hainaut	143 809	143 875	142 839	0,05	-0,72	-0,67	143 960	145 479	145 892	1,06	0,28	1,34
C. A. de l'Artois	205 707	204 063	201 530	-0,80	-1,24	-2,03	205 914	206 334	205 829	0,20	-0,24	-0,04
C. A. de Lens - Liévin	249 910	246 622	242 594	-1,32	-1,63	-2,93	250 159	249 367	247 776	-0,32	-0,64	-0,95
C. A. de Valenciennes	195 942	195 966	193 588	0,01	-1,21	-1,20	196 149	198 155	197 711	1,02	-0,22	0,80
C. A. d'Hénin - Carvin	124 826	119 911	114 427	-3,94	-4,57	-8,33	124 954	121 247	116 872	-2,97	-3,61	-6,47
C. A. du Douaisis	153 730	151 791	148 248	-1,26	-2,33	-3,57	153 889	153 479	151 423	-0,27	-1,34	-1,60
<b>Arrondissements du Bassin minier</b>												
Douai	246 886	247 107	245 497	0,09	-0,65	-0,56	247 144	249 858	250 740	1,10	0,35	1,46
Valenciennes	349 008	349 876	347 235	0,25	-0,75	-0,51	349 370	353 764	354 656	1,26	0,25	1,51
Béthune	279 412	275 585	269 986	-1,37	-2,03	-3,37	279 696	278 648	275 752	-0,37	-1,04	-1,41
Lens	326 034	318 737	310 517	-2,24	-2,58	-4,76	326 362	322 284	317 177	-1,25	-1,58	-2,81
<b>Autres arrondissements de la région</b>												
Avesnes-sur-Helpe	237 626	228 010	217 065	-4,05	-4,80	-8,65	237 870	230 550	221 719	-3,08	-3,83	-6,79
Cambrai	158 485	155 417	150 420	-1,94	-3,22	-5,09	158 635	157 143	153 640	-0,94	-2,23	-3,15
Dunkerque	379 756	380 502	376 248	0,20	-1,12	-0,92	380 150	384 744	384 293	1,21	-0,12	1,09
Lille	1 183 898	1 214 821	1 233 684	2,61	1,55	4,21	1 185 099	1 228 343	1 260 011	3,65	2,58	6,32
Arras	300 832	301 482	298 481	0,22	-1,00	-0,78	301 133	304 829	304 849	1,23	0,01	1,23
Boulogne-sur-Mer	163 612	167 800	170 508	2,56	1,61	4,21	163 787	169 662	174 156	3,59	2,65	6,33
Montreuil	99 431	100 943	101 139	1,52	0,19	1,72	99 523	102 058	103 295	2,55	1,21	3,79
Saint-Omer	154 087	159 491	162 883	3,51	2,13	5,71	154 236	161 264	166 357	4,56	3,16	7,86
Calais	118 539	121 673	123 792	2,64	1,74	4,43	118 653	123 026	126 442	3,69	2,78	6,56
<b>Nord - Pas-de-Calais</b>	<b>3 997 754</b>	<b>4 021 835</b>	<b>4 005 835</b>	<b>0,60</b>	<b>-0,40</b>	<b>0,20</b>	<b>4 001 779</b>	<b>4 066 625</b>	<b>4 091 390</b>	<b>1,62</b>	<b>0,61</b>	<b>2,24</b>

Source : INSEE – Modèle Omphale 2000. Traitement ORS Nord – Pas -de-Calais.

Figure 1 : Comparaison des évolutions de la population totale et de la part de la population régionale des arrondissements <sup>1</sup> et des intercommunalités selon le scénario 1

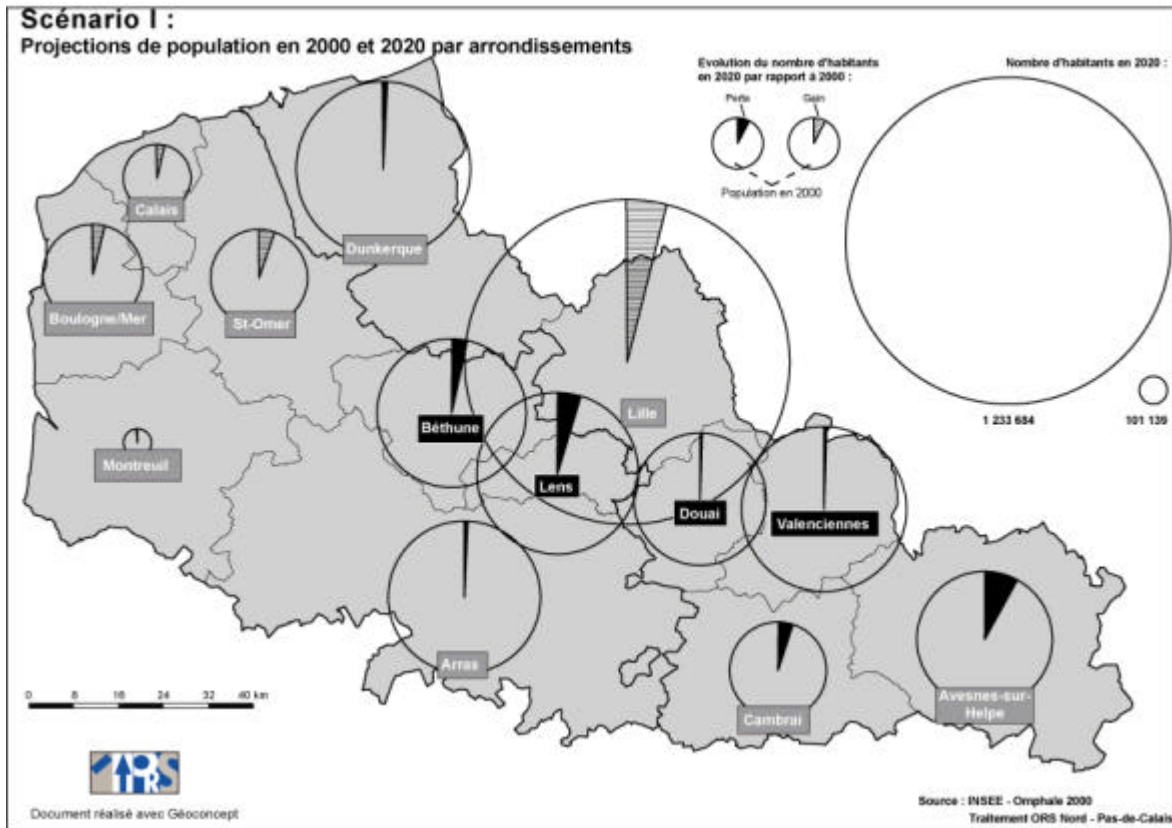


Source : INSEE – Modèle Omphale 2000. Traitement ORS Nord – Pas -de-Calais.

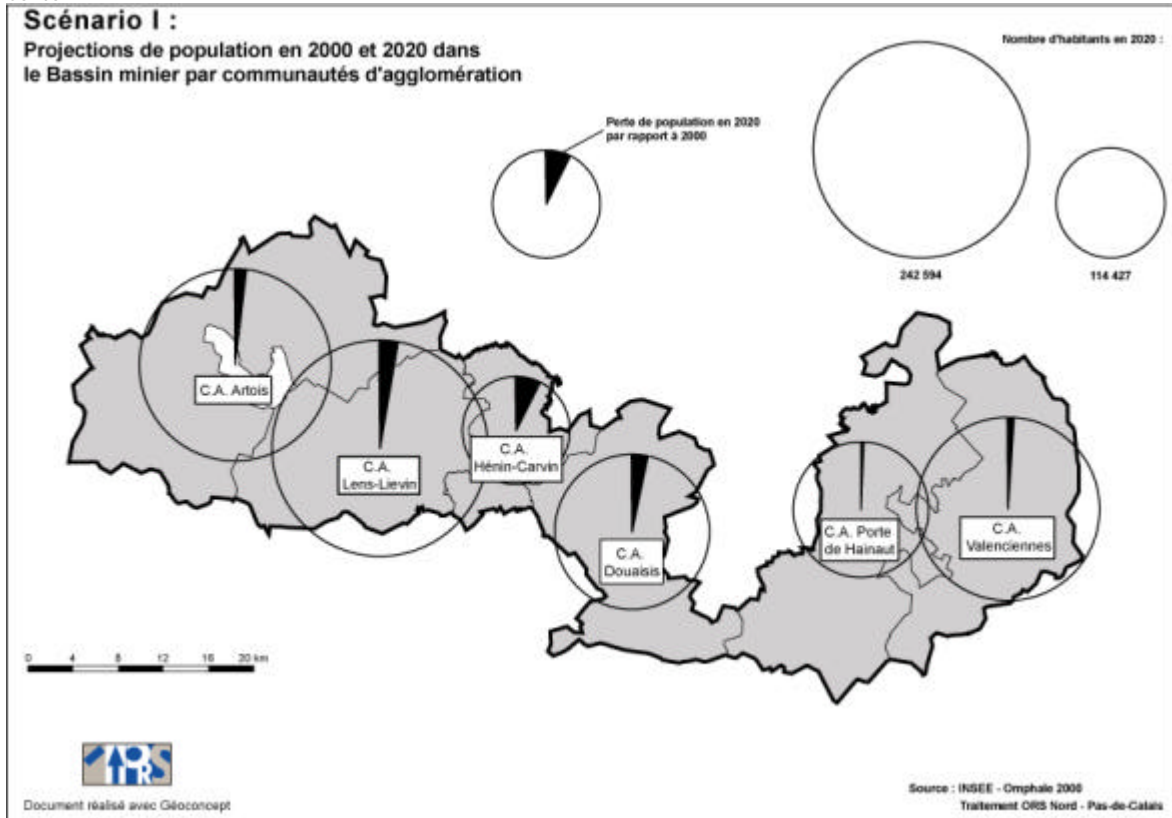
<sup>1</sup> Pour des raisons de présentation, l'arrondissement de Lille ne figure pas sur ce graphique. Cet arrondissement se démarque en effet très nettement des autres par un accroissement de sa population atteignant +4,21 % entre 2000 et 2020 et aussi par une augmentation très importante de son poids démographique (+1,17 %) renforçant ainsi le phénomène de "métropolisation" de cet arrondissement.



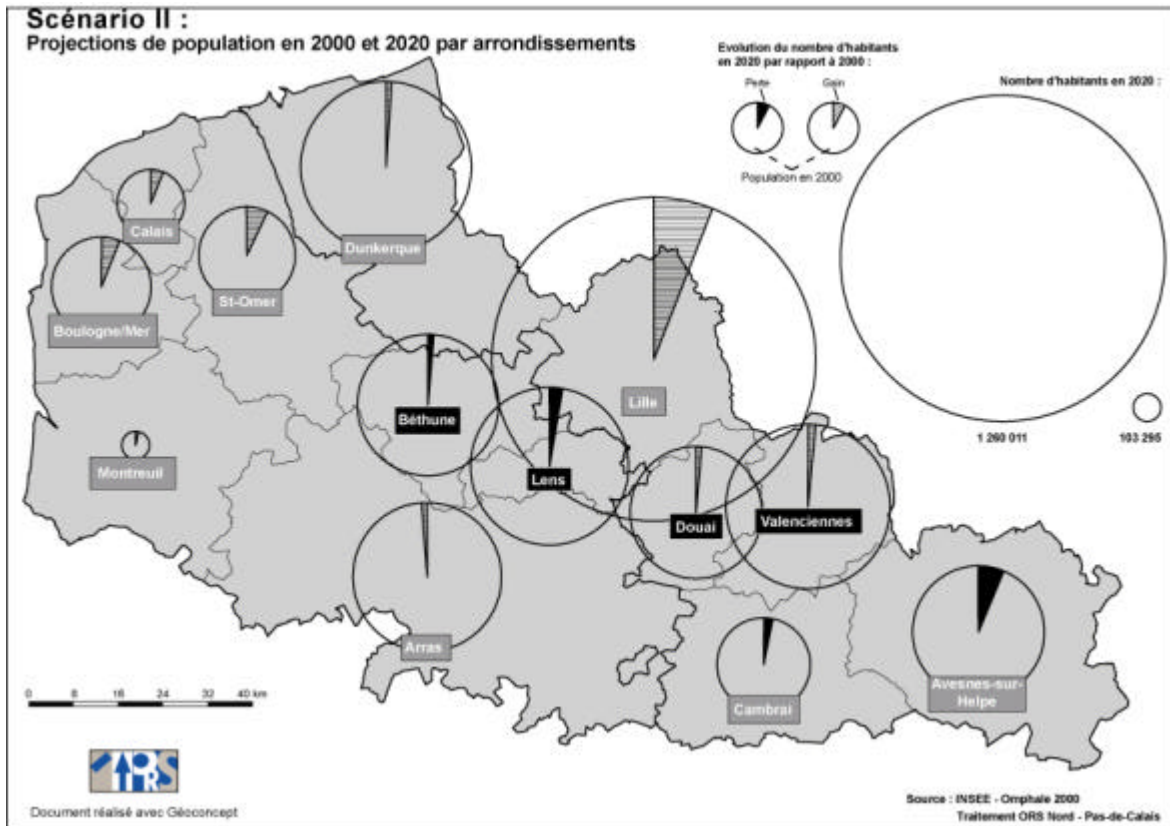
Carte 1 :



Carte 2 :



Carte 3 :



Carte 4 :

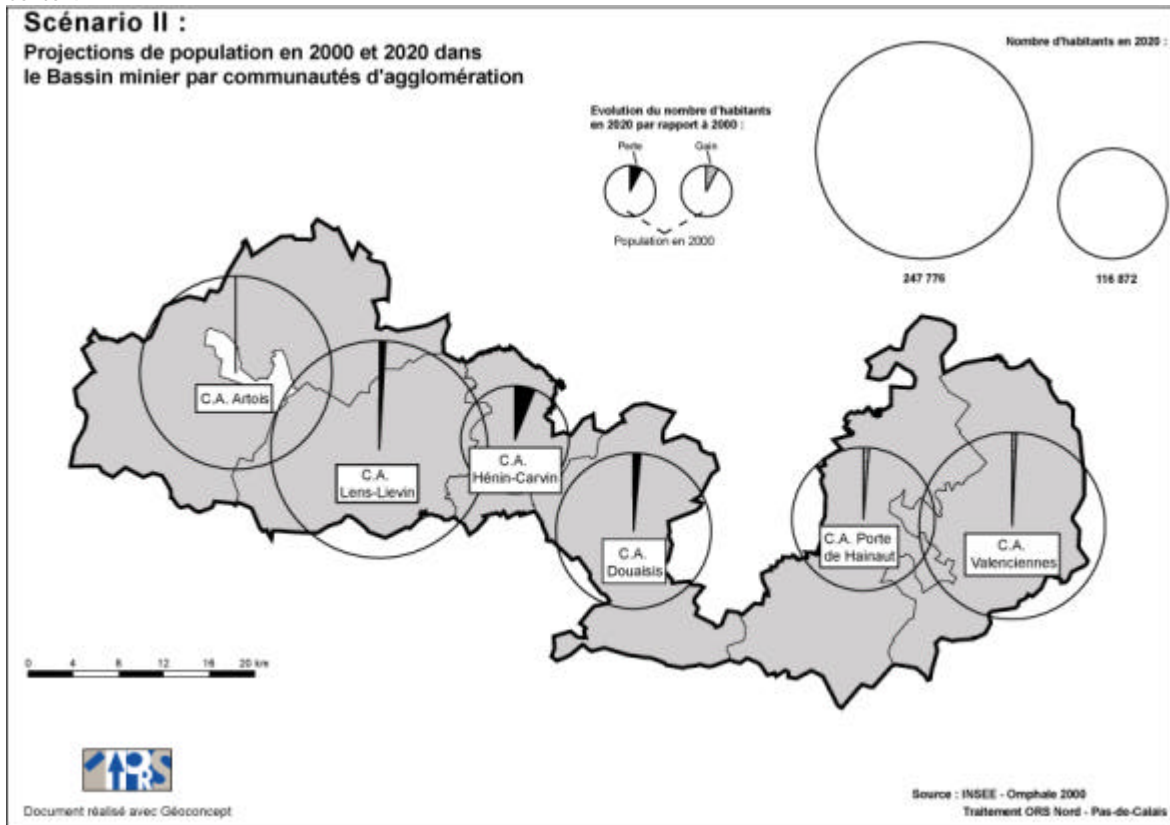
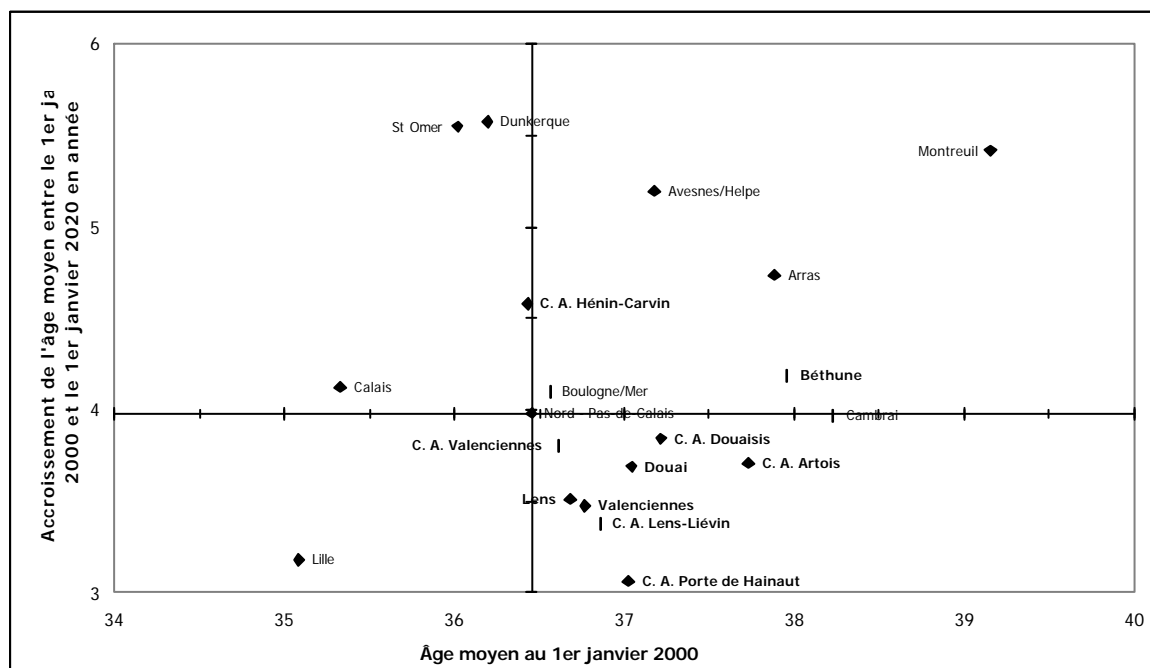


Tableau 2 : Âge moyen au 1<sup>er</sup> janvier 2000, 2010 et 2020 et évolution de l'âge moyen en année selon le scénario 1

	Âge moyen au 1er janvier			Différence des moyennes d'âges en année		
	2000	2010	2020	2000 et 2010	2010 et 2020	2000 et 2020
<b>C. A. du Bassin minier</b>						
C. A. de la Porte de Hainaut	37,02	38,62	40,09	1,60	1,47	3,06
C. A. de l'Artois	37,73	39,54	41,44	1,81	1,90	3,71
C. A. de Lens-Liévin	36,86	38,68	40,23	1,83	1,55	3,38
C. A. de Valenciennes	36,61	38,51	40,42	1,90	1,91	3,81
C. A. d'Hénin-Carvin	36,43	38,88	41,01	2,45	2,14	4,58
C. A. du Douaisis	37,22	39,18	41,06	1,96	1,88	3,84
<b>Arrondissements du Bassin minier</b>						
Douai	37,04	38,95	40,73	1,91	1,78	3,69
Valenciennes	36,77	38,54	40,25	1,77	1,71	3,48
Béthune	37,95	40,03	42,14	2,08	2,11	4,18
Lens	36,68	38,57	40,19	1,89	1,62	3,51
<b>Autres arrondissements de la région</b>						
Avesnes-sur-Helpe	37,18	39,91	42,37	2,74	2,46	5,20
Cambrai	38,22	40,16	42,19	1,93	2,03	3,97
Dunkerque	36,19	39,08	41,77	2,88	2,69	5,58
Lille	35,09	36,65	38,27	1,57	1,61	3,18
Arras	37,88	40,34	42,62	2,45	2,28	4,74
Boulogne-sur-Mer	36,56	38,64	40,66	2,08	2,02	4,10
Montreuil	39,15	41,82	44,57	2,66	2,76	5,42
Saint-Omer	36,02	38,85	41,57	2,83	2,72	5,55
Calais	35,33	37,43	39,46	2,10	2,03	4,12
<b>Nord - Pas-de-Calais</b>	<b>36,45</b>	<b>38,48</b>	<b>40,44</b>	<b>2,03</b>	<b>1,96</b>	<b>3,98</b>

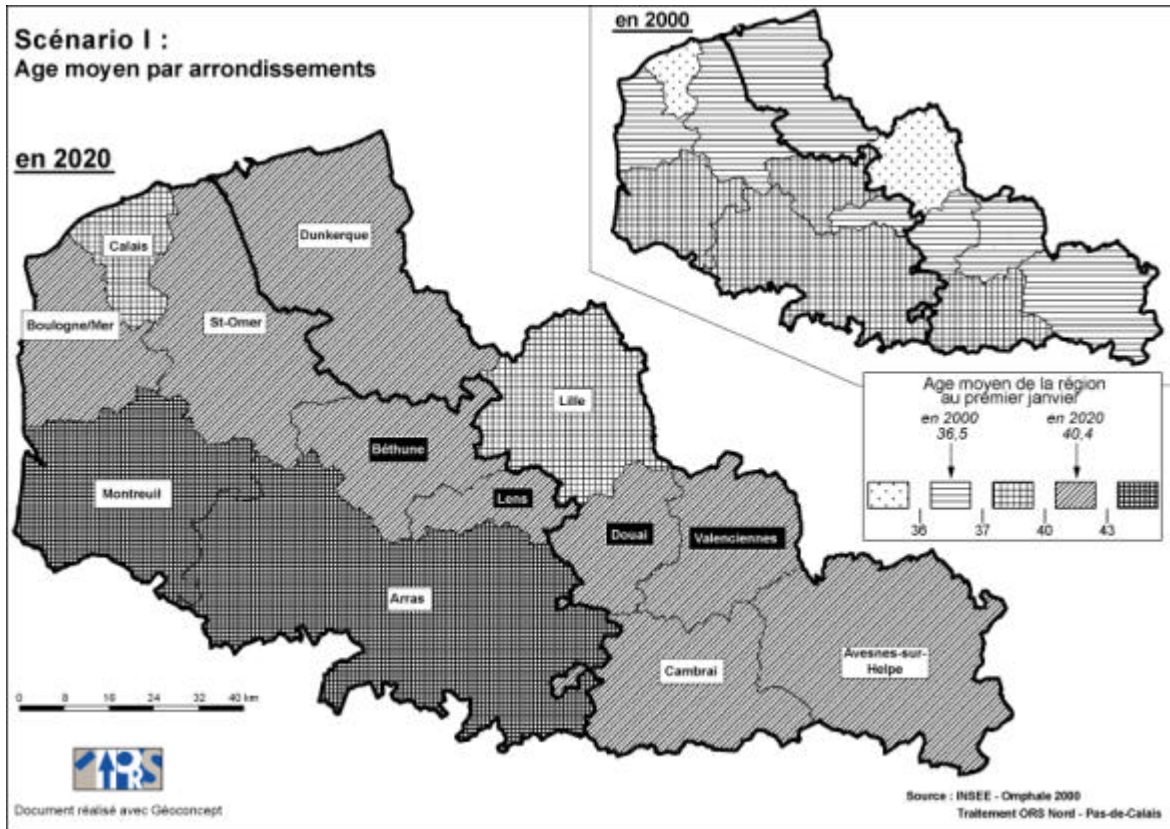
Source : INSEE – Modèle Omphale 2000, traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Figure 2 : Âge moyen au 1<sup>er</sup> janvier 2000 et évolution entre le 1<sup>er</sup> janvier 2000 et le 1<sup>er</sup> janvier 2020 selon le scénario 1



Source : INSEE – Modèle Omphale 2000, traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Carte 5 :



Carte 6 :

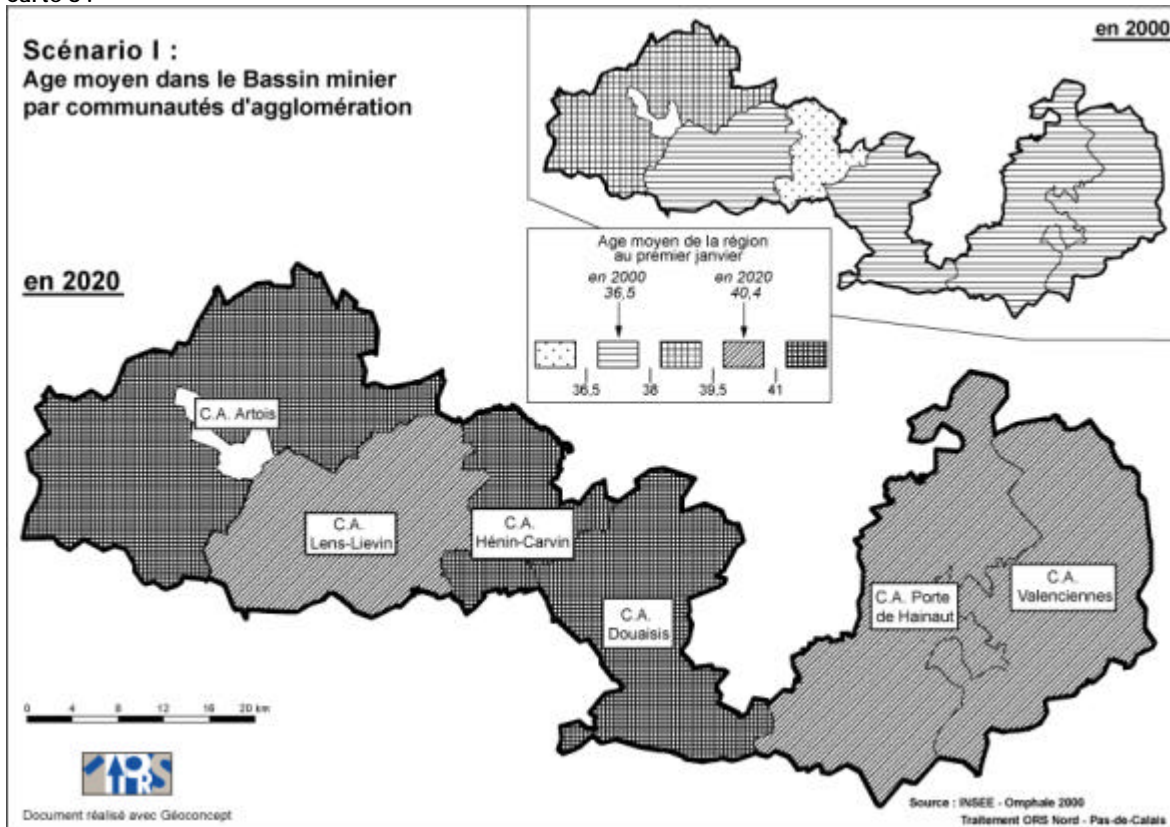


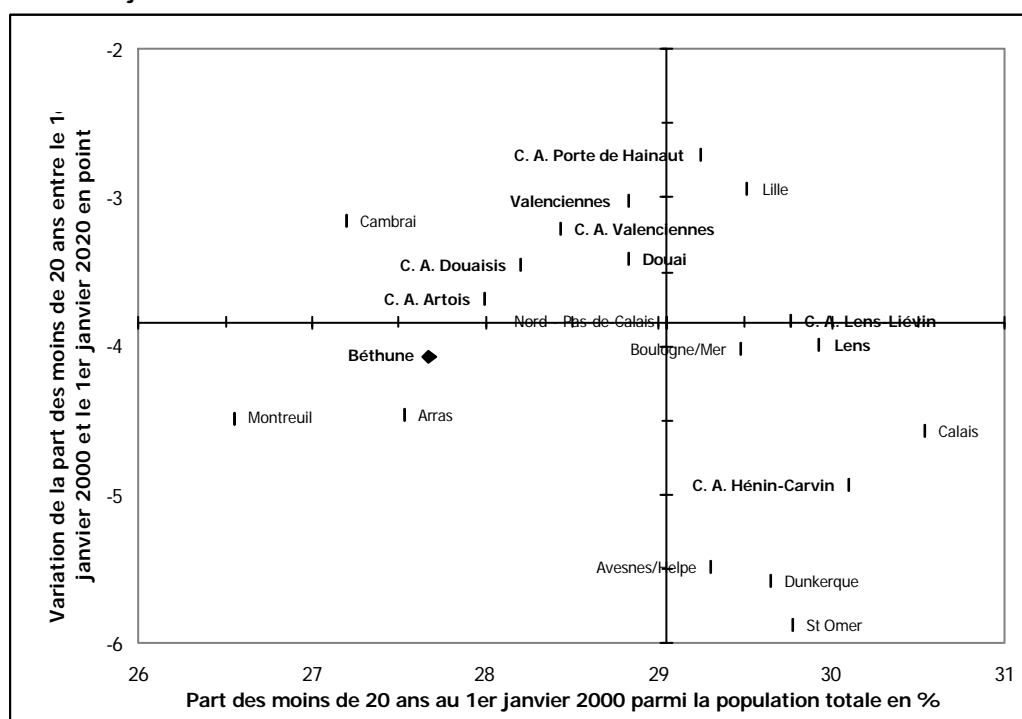


Tableau 3 : Part des moins de 20 ans dans la population totale aux 1<sup>er</sup> janvier 2000, 2010 et 2020 et variation en point selon le scénario 1

	Proportion des moins de 20 ans dans la population totale en %			Variation en point		
	2000	2010	2020	2000 à 2010	2010 à 2020	2000 à 2020
<b>C. A. du Bassin minier</b>						
C. A. de la Porte de Hainaut	29,24	27,18	26,53	-2,05	-0,65	-2,71
C. A. de l'Artois	28,00	25,35	24,32	-2,64	-1,04	-3,68
C. A. de Lens-Liévin	29,76	26,73	25,93	-3,04	-0,79	-3,83
C. A. de Valenciennes	28,43	26,12	25,22	-2,31	-0,90	-3,22
C. A. d'Hénin-Carvin	30,10	26,29	25,16	-3,81	-1,13	-4,94
C. A. du Douaisis	28,20	25,66	24,74	-2,54	-0,92	-3,46
<b>Arrondissements du Bassin minier</b>						
Douai	28,82	26,16	25,41	-2,66	-0,75	-3,41
Valenciennes	28,82	26,57	25,80	-2,25	-0,78	-3,02
Béthune	27,68	24,76	23,61	-2,91	-1,15	-4,07
Lens	29,92	26,77	25,93	-3,15	-0,84	-3,99
<b>Autres arrondissements de la région</b>						
Avesnes-sur-Helpe	29,30	25,36	23,81	-3,94	-1,55	-5,49
Cambrai	27,20	25,19	24,04	-2,01	-1,15	-3,16
Dunkerque	29,65	25,92	24,07	-3,73	-1,85	-5,58
Lille	29,51	27,52	26,57	-1,99	-0,96	-2,94
Arras	27,53	24,27	23,07	-3,26	-1,21	-4,46
Boulogne-sur-Mer	29,47	26,93	25,45	-2,54	-1,49	-4,02
Montreuil	26,55	23,76	22,06	-2,78	-1,70	-4,48
Saint-Omer	29,77	25,65	23,89	-4,12	-1,77	-5,88
Calais	30,53	27,55	25,96	-2,99	-1,59	-4,58
<b>Nord - Pas-de-Calais</b>	29,05	26,34	25,21	-2,71	-1,13	-3,84

Source : INSEE – Modèle Omphale 2000. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Figure 3 : Part des moins de 20 ans dans la population totale au 1<sup>er</sup> janvier 2000 et variation entre le 1<sup>er</sup> janvier 2000 et le 1<sup>er</sup> janvier 2020 selon le scénario 1



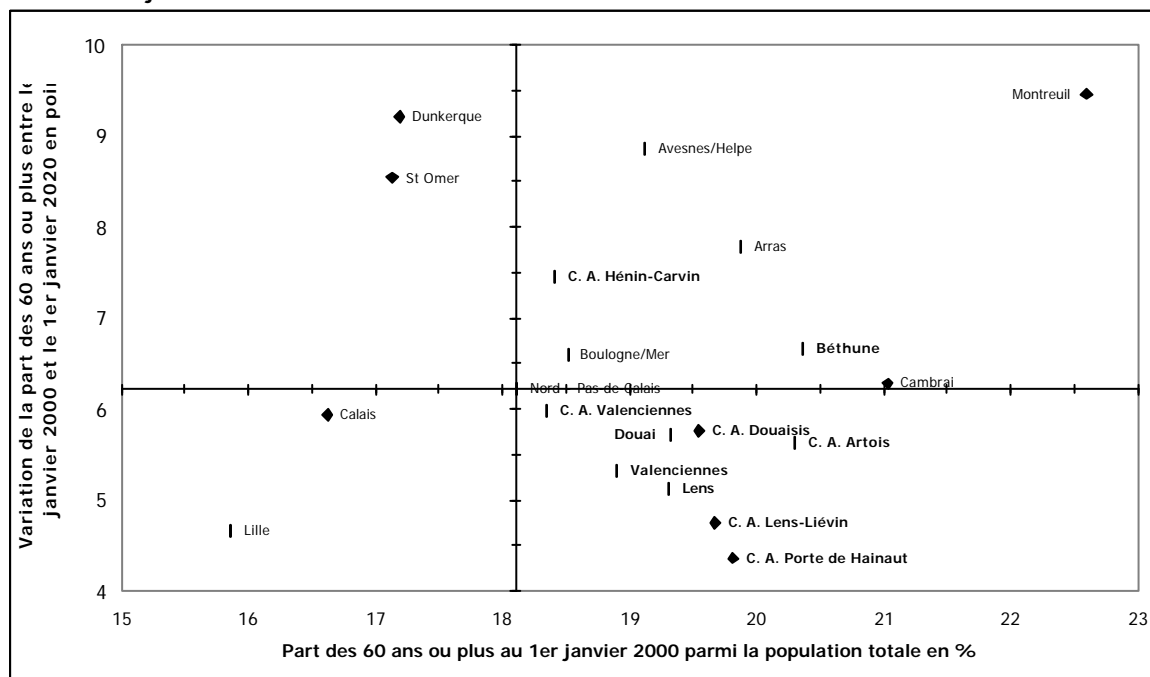
Source : INSEE – Modèle Omphale 2000. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Tableau 4 : Part des 60 ans ou plus dans la population totale aux 1<sup>er</sup> janvier 2000, 2010 et 2020 et variation en point selon le scénario 1

	Proportion des 60 ou plus dans la population totale en %			Variation en point		
	2000	2010	2020	2000 à 2010	2010 à 2020	2000 à 2020
<b>C. A. du Bassin minier</b>						
C. A. de la Porte de Hainaut	19,82	20,42	24,18	0,60	3,76	4,37
C. A. de l'Artois	20,30	21,37	25,94	1,07	4,57	5,64
C. A. de Lens-Liévin	19,67	20,39	24,42	0,71	4,03	4,74
C. A. de Valenciennes	18,34	20,01	24,32	1,67	4,31	5,98
C. A. d'Hénin-Carvin	18,41	20,66	25,87	2,24	5,21	7,46
C. A. du Douaisis	19,55	20,85	25,31	1,30	4,47	5,77
<b>Arrondissements du Bassin minier</b>						
Douai	19,32	20,50	25,04	1,17	4,54	5,72
Valenciennes	18,90	20,13	24,23	1,23	4,09	5,33
Béthune	20,36	21,94	27,02	1,59	5,07	6,66
Lens	19,30	20,24	24,42	0,94	4,18	5,12
<b>Autres arrondissements de la région</b>						
Avesnes-sur-Helpe	19,12	22,28	27,98	3,17	5,70	8,87
Cambrai	21,03	22,58	27,31	1,55	4,73	6,28
Dunkerque	17,19	20,64	26,40	3,46	5,75	9,21
Lille	15,86	17,38	20,53	1,52	3,15	4,67
Arras	19,87	22,48	27,66	2,61	5,17	7,78
Boulogne-sur-Mer	18,51	20,44	25,11	1,93	4,67	6,60
Montreuil	22,60	25,68	32,06	3,09	6,38	9,47
Saint-Omer	17,13	19,66	25,68	2,53	6,02	8,55
Calais	16,62	18,34	22,56	1,72	4,22	5,94
<b>Nord - Pas-de-Calais</b>	18,11	19,97	24,33	1,86	4,36	6,22

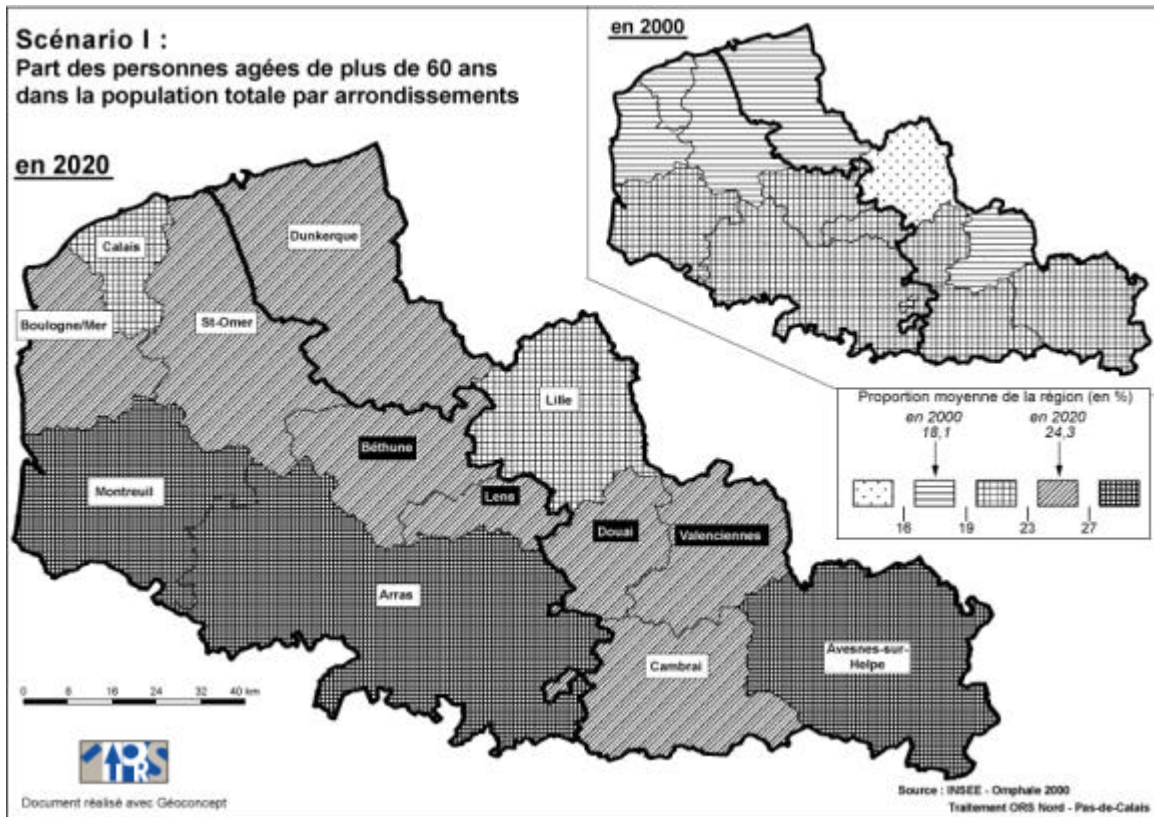
Source : INSEE – Modèle Omphale 2000. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Figure 4 : Part des 60 ans ou plus dans la population totale au 1<sup>er</sup> janvier 2000 et variation entre le 1<sup>er</sup> janvier 2000 et le 1<sup>er</sup> janvier 2020 selon le scénario 1



Source : INSEE – Modèle Omphale 2000. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Carte 7 :



Carte 8 :

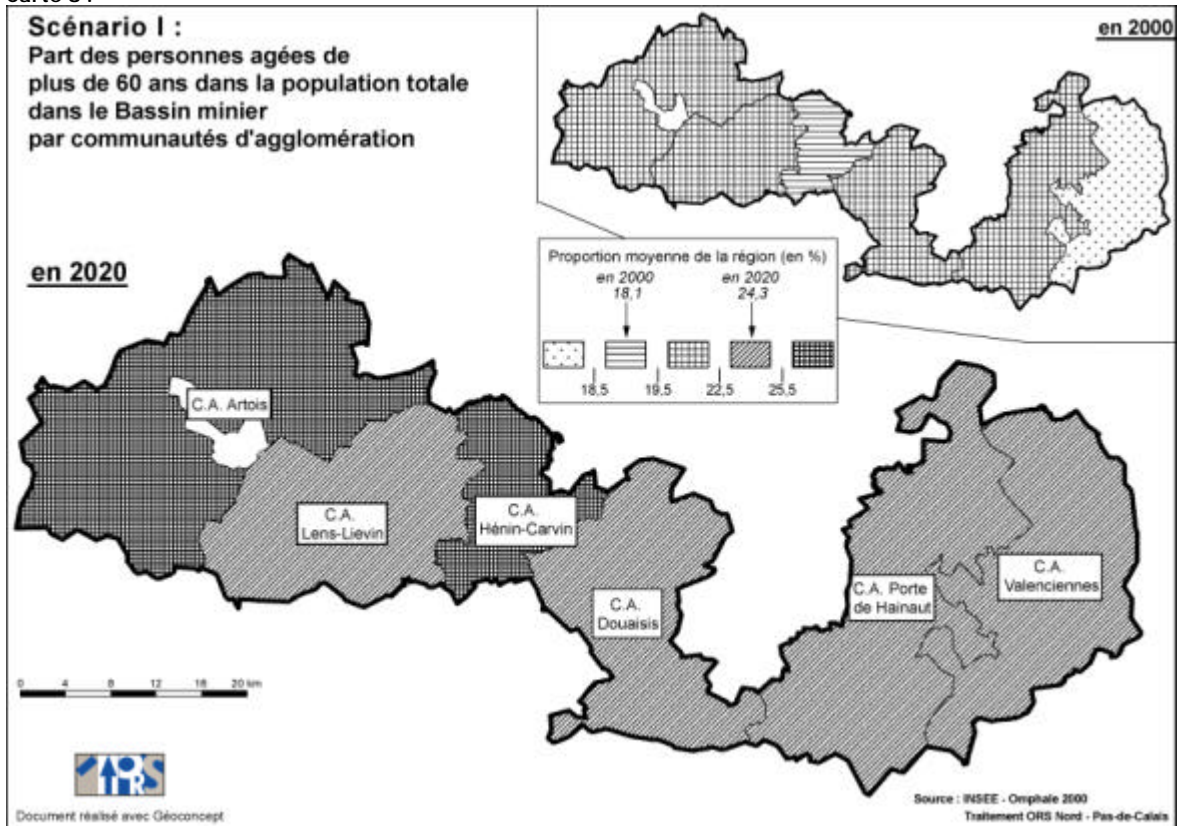
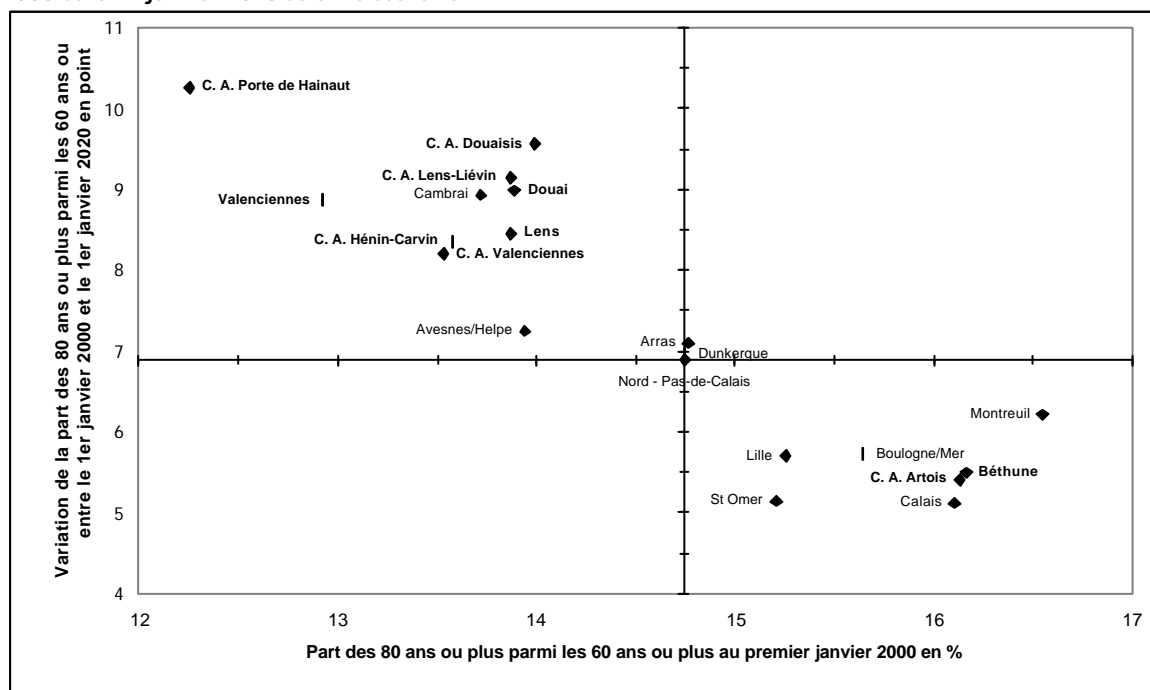


Tableau 5 : Part des 80 ans ou plus parmi les 60 ans ou plus aux 1<sup>er</sup> janvier 2000, 2010 et 2020 et variation en point selon le scénario 1

	Proportion des 80 ans ou plus parmi les 60 ans ou plus en %			Variation en point		
	2000	2010	2020	2000 à 2010	2010 à 2020	2000 à 2020
<b>C. A. du Bassin minier</b>						
C. A. de la Porte de Hainaut	12,25	22,83	22,51	10,58	-0,32	10,26
C. A. de l'Artois	16,13	23,70	21,54	7,57	-2,16	5,41
C. A. de Lens-Liévin	13,87	24,65	23,02	10,78	-1,63	9,15
C. A. de Valenciennes	13,53	23,06	21,73	9,53	-1,33	8,20
C. A. d'Hénin-Carvin	13,57	22,79	21,94	9,22	-0,85	8,36
C. A. du Douaisis	13,99	23,99	23,55	10,00	-0,44	9,56
<b>Arrondissements du Bassin minier</b>						
Douai	13,89	23,93	22,88	10,05	-1,06	8,99
Valenciennes	12,92	22,73	21,79	9,81	-0,94	8,87
Béthune	16,16	23,27	21,66	7,11	-1,62	5,50
Lens	13,87	23,95	22,33	10,08	-1,63	8,46
<b>Autres arrondissements de la région</b>						
Avesnes-sur-Helpe	13,94	21,72	21,17	7,78	-0,55	7,23
Cambrai	13,72	22,66	22,65	8,94	-0,01	8,93
Dunkerque	14,74	20,36	21,71	5,62	1,35	6,97
Lille	15,25	21,85	20,96	6,60	-0,89	5,71
Arras	14,76	22,74	21,86	7,98	-0,88	7,10
Boulogne-sur-Mer	15,64	21,87	21,37	6,23	-0,51	5,73
Montreuil	16,54	23,01	22,76	6,47	-0,25	6,21
Saint-Omer	15,21	21,17	20,35	5,96	-0,82	5,14
Calais	16,10	21,89	21,23	5,79	-0,67	5,12
<b>Nord - Pas-de-Calais</b>	<b>14,75</b>	<b>22,34</b>	<b>21,64</b>	<b>7,59</b>	<b>-0,70</b>	<b>6,90</b>

Source : INSEE – Modèle Omphale 2000. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Figure 5 : Part des 80 ans ou plus parmi les 60 ans ou plus au 1<sup>er</sup> janvier 2000 et variation entre le 1<sup>er</sup> janvier 2000 et le 1<sup>er</sup> janvier 2020 selon le scénario 1



Source : INSEE – Modèle Omphale 2000. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.



Tableau 6 : Effectifs et évolution des personnes âgées de moins de 20 ans et des personnes âgées de 60 ans ou plus en 2000 et 2020 selon le scénario 1

	Moins de 20 ans			60 ans ou plus		
	2000	2020	Variation relative 2000-2020 en %	2000	2020	Variation relative 2000-2020 en %
<b>C. A. du Bassin minier</b>						
C. A. de la Porte de Hainaut	42 046	37 894	-9,87	28 499	34 542	21,20
C. A. de l'Artois	57 593	49 009	-14,90	41 761	52 274	25,17
C. A. de Lens-Liévin	74 376	62 912	-15,41	49 165	59 234	20,48
C. A. de Valenciennes	55 709	48 814	-12,38	35 943	47 084	31,00
C. A. d'Hénin-Carvin	37 572	28 791	-23,37	22 985	29 601	28,78
C. A. du Douaisis	43 356	36 682	-15,39	30 051	37 526	24,87
<b>Arrondissements du Bassin minier</b>						
Douai	71 155	62 373	-12,34	47 710	61 472	28,85
Valenciennes	100 583	89 570	-10,95	65 955	84 119	27,54
Béthune	77 331	63 743	-17,57	56 880	72 937	28,23
Lens	97 562	80 514	-17,47	62 929	75 838	20,51
<b>Autres arrondissements de la région</b>						
Avesnes-sur-Helpe	69 618	51 676	-25,77	45 427	60 741	33,71
Cambrai	43 102	36 154	-16,12	33 330	41 084	23,26
Dunkerque	112 587	90 551	-19,57	65 274	99 327	52,17
Lille	349 363	327 748	-6,19	187 765	253 230	34,87
Arras	82 816	68 845	-16,87	59 786	82 549	38,07
Boulogne-sur-Mer	48 211	43 386	-10,01	30 291	42 821	41,37
Montreuil	26 395	22 313	-15,47	22 467	32 427	44,33
Saint-Omer	45 871	38 908	-15,18	26 395	41 821	58,44
Calais	36 194	32 134	-11,22	19 702	27 933	41,78
<b>Nord - Pas-de-Calais</b>	<b>1 161 291</b>	<b>1 009 885</b>	<b>-13,04</b>	<b>723 967</b>	<b>974 533</b>	<b>34,61</b>

Source : INSEE – Modèle Omphale 2000. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.



## Vieillesse par le "haut"

Longtemps dû à la chute de la fécondité, accéléré depuis près d'un demi-siècle par une baisse continue de la mortalité aux âges élevés, le vieillissement de la population constitue une tendance démographique forte.

Cette part grandissante des personnes âgées au sein de la population est source de questions et de conséquences tant au niveau médical que socio-médical.

La population protégée par le régime du Bassin minier suivra inévitablement cette même tendance. On constate dans un 1<sup>er</sup> temps une diminution des bénéficiaires entre 1999 et 2000 de -5,6 %. En 2002, les œuvres du Bassin minier du Nord comptent 32 481 bénéficiaires (et ayants droit) et celles du Pas-de-Calais 70 334 bénéficiaires (et ayants droit) ; soit une population totale de 102 815 bénéficiaires (et ayants droit).

A ce jour, 81,9 % des bénéficiaires des œuvres sociales du Bassin minier ont plus de 56 ans, 76,6 % plus de 60 ans et 51,3 % plus de 70 ans.

### Une hausse globale des soins pour la population âgée

Malgré une très probable amélioration de l'espérance de vie sans incapacité, le vieillissement va engendrer une croissance de la demande de soins de la population âgée du fait de l'augmentation des effectifs de cette classe d'âge mais également de ses comportements de soins.

#### MODIFICATION DES COMPORTEMENTS DE SOINS

Un effet de génération est à anticiper en ce qui concerne les comportements de soins des personnes âgées puisque des générations successives au même âge ne se comportent pas de la même manière. Les futures générations de personnes âgées risquent donc d'avoir une demande et une attente envers le système de soins supérieures à celles de leurs aînés, étant donné qu'elles auront eu au cours de leur vie un accès aux soins et aux progrès de la médecine sans restriction financière. L'évolution du niveau de vie des personnes âgées va également jouer sur la demande de services et sur la question de leur financement, notamment pour les dépenses sociales et médico-sociales ; que ce soit d'aide à domicile ou d'hébergement en institution. D'autre part, les désagréments liés au vieillissement (dysfonctionnements érectiles, troubles légers de la mémoire, alopécie) vont être de moins en moins tolérés par les individus, notamment par la génération du *baby-boom* (qui a lutté pour une vie sans contrainte) et celles à

venir. Ce phénomène va donc participer de la hausse de consommation de soins. Cependant, ces derniers relèveraient de soins de confort et seraient donc à la charge des seniors. Ceci risque d'engendrer ou de creuser des inégalités au sein de la population âgée dont une partie ne pourra payer ce type de soins. Étant donné la situation socio-économique de nombreuses personnes âgées du Bassin minier, l'allègement des désagréments liés à la vieillesse via des traitements onéreux et non remboursés risque de peu concerner ces personnes.

#### CONSOMMATION DE SOINS : CERTAINS SERVICES SERONT DAVANTAGE SOLlicitÉS

Des projections<sup>1</sup> de données PMSI (Programme de Médicalisation du Système d'Information) montrent les évolutions que devraient connaître les Catégories Médicales de Diagnostic en France entre 1997 et 2020. En terme de nombre de séjours (établissements publics et privés), les pathologies qui vont connaître une croissance importante sont :

- les affections oculaires (avec notamment les interventions sur la cataracte) : +39 % ;
- les maladies de l'appareil circulatoire (+37 %) et respiratoire (+34 %) ;
- les affections endocriniennes ou liées au métabolisme, du rein et des voies urinaires, de l'appareil génital masculin, les tumeurs (+30 %).

Au total, l'évolution démographique conduirait à une hausse d'environ 19 % du nombre de séjours d'hospitalisation complète, dont +8 % au titre de l'évolution des effectifs et +10 % au titre du vieillissement de la population.

Ces projections, au niveau national, supposent des taux d'hospitalisation par tranche d'âge constants et ne prennent pas en compte les probables modifications de comportements de soins évoqués précédemment. De plus, elles sont surestimées dans le cadre du scénario de compression de la morbidité<sup>2</sup> mais aussi dans le cas où l'hospitalisation décroîtrait au profit d'un autre mode de prise en charge.

En matière de mortalité, 3 groupes de pathologies prédominent, que ce soit au niveau national ou régional : maladies cardiovasculaires, cancers et morts violentes. La tendance des maladies cardiovasculaires est à la régression, mais la poursuite du mouvement est incertaine et elles risquent d'augmenter en nombre étant donné l'augmentation des effectifs de personnes âgées. L'évolution des tumeurs varie selon leur localisation et les morts violentes (notamment

<sup>1</sup> Cité in Ministère de l'Emploi et de la Solidarité DATAR CREDES. *Quel système de santé à l'horizon 2020 ?* Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires. Paris : La documentation française, 2000 ; 358 p.

<sup>2</sup> Voir plus loin.

les accidents de la circulation) sont fortement dépendantes des comportements sociaux et des politiques publiques. Il est donc difficile d'anticiper l'avenir. Ces causes de mortalité ne concernent pas uniquement la population âgée.

## Espérance de vie et dépendance

### COMMENT LE VIEILLISSEMENT AGIT-IL ?

L'espérance de vie<sup>1</sup> en France est passée entre 1990 et 2000 de 72,8 à 75,3 ans pour les hommes et de 81 à 82,8 ans pour les femmes. L'espérance de vie s'est également améliorée sur la même période dans le Nord – Pas-de-Calais, tout en conservant quelques années de moins : de 69,9 à 72 ans pour les hommes et de 79 à 80,6 ans chez les femmes. Les femmes vivent toujours plus longtemps que les hommes mais le différentiel tend à se réduire.

L'allongement de l'espérance de vie a incontestablement un effet sur l'incapacité<sup>2</sup> et la dépendance<sup>3</sup> des personnes âgées. En effet, vivra-t-on plus longtemps avec autant, plus ou moins d'années en incapacité/dépendance ?

Trois scénarios de l'état de santé de la population dans les 20 prochaines années sont proposés dans le rapport "Santé 2010"<sup>4</sup> :

- Extension de la morbidité :

les processus morbides commencent schématiquement au même âge moyen (55 ans) qu'actuellement, l'espérance de vie augmente de 5 ans.

- Maintien du niveau de morbidité actuel :

l'âge moyen d'apparition des processus morbides et la date de décès se décalent parallèlement de 5 ans plus tard.

- Compression de la morbidité :

l'âge moyen d'apparition des processus morbides est retardé de 10 ans (65 ans), l'espérance de vie s'allonge de 2 ans.

Deux thèses sont en présence :

- l'une, pessimiste, qui tend à expliquer l'allongement de la vie par le recours à des techniques sophistiquées et coûteuses, mais sans réel effet positif sur l'état de santé,

- l'autre, optimiste, explique l'allongement de la vie par l'amélioration de la santé elle-même.

Même si certaines publications font état d'une amélioration, aucune étude ne permet de trancher définitivement. Ainsi, selon une étude empirique réalisée en France sur la période 1980-1991, il semble que les gains d'espérance de vie soient identiques aux gains d'espérance de vie sans incapacité (soit 2,5 ans en 10 ans). Les années de vie gagnées sont donc des années de vie sans gêne ou difficulté particulière. Par contre, l'espérance de vie sans maladie chronique n'a pas augmenté sur la même période. Nous serions donc dans le 1<sup>er</sup> scénario où l'âge d'apparition des maladies est identique (donc l'augmentation de l'espérance de vie s'accompagne d'une hausse de la prévalence des maladies chroniques au cours du cycle de vie), mais ces états "prévalents" seraient en moyenne moins sévères.

Cette nouvelle tendance demande cependant à être confirmée. L'impact de l'amélioration des conditions de vie pourrait être atténué par des facteurs socio-culturels (comportements à risques par exemple) et beaucoup d'incertitudes concernant les pathologies liées au vieillissement demeurent. Étant donné que ces résultats reposent sur la morbidité déclarée par les enquêtés (qui évolue non seulement sous l'effet de la morbidité objective mais aussi de la perception, de la connaissance et de la propension à en rendre compte), il n'est pas exclu que la comparaison à 10 ans d'intervalle surestime l'augmentation de la morbidité objective.

Trois enjeux essentiels pour le système médical et de prise en charge médico-sociale en matière de vieillissement sont néanmoins soulignés dans le rapport Santé 2010<sup>5</sup>:

- Retarder le début d'expression et gérer dignement les souffrances et douleurs des phases terminales des maladies fatales dépendantes de l'âge.

- Faire régresser partiellement ou totalement la dépendance, conséquence de la sénescence et du développement des maladies "chroniques non fatales" liées à l'âge.

- Progresser dans l'identification des facteurs de risque, le diagnostic et le traitement des démences.

### LA DÉPENDANCE AUJOURD'HUI

L'enquête nationale "Handicaps, Incapacités, Dépendance"<sup>6</sup> (HID) a permis de réaliser des estimations nationales du nombre de personnes âgées dépendantes en s'appuyant sur les deux principales grilles d'évaluation de la dépendance (grille de A. Colvez et grille AGGIR<sup>7</sup>).

---

<sup>1</sup> Source INSEE. Fichier Etat-Civil et Estimations localisées de population.

<sup>2</sup> "L'incapacité, souvent conséquence d'une déficience, correspond à la réduction de la capacité à accomplir certains gestes et activités, de manière considérée comme normale pour un être humain." Cité in Ministère de l'Emploi et de la Solidarité DATAR CREDES. *Quel système de santé à l'horizon 2020 ?* Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires. Paris : La documentation française, 2000 ; 358 p.

<sup>3</sup> "La notion de dépendance renvoie, elle, à la nécessité d'une aide pour la réalisation des activités élémentaires et instrumentales de la vie quotidienne. Cette aide peut d'ailleurs être assurée par l'entourage ou être organisée par des systèmes sociaux." Cité in Ministère de l'Emploi et de la Solidarité DATAR CREDES. *Quel système de santé à l'horizon 2020 ?* Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires. Paris : La documentation française, 2000 ; 358 p.

<sup>4</sup> Groupe "Prospective du système de santé" du Commissariat Général du Plan. *Santé 2010*. Paris : La documentation française, 1993 ; 151 p.

<sup>5</sup> Ibid.

<sup>6</sup> Colin C. *Que nous apprend l'enquête HID sur les personnes âgées dépendantes, aujourd'hui et demain ?* Revue Française des Affaires Sociales 2003 ; n°1-2 : 77-101.

<sup>7</sup> Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources.

Ainsi, selon la grille AGGIR<sup>1</sup>, il y aurait en France 800 000 personnes de 60 ans et plus en situation de dépendance (équivalent GIR 1 à 4)<sup>2</sup>, soit 6,6 % de cette classe d'âge. L'outil AGGIR ne prend que partiellement en compte la perte d'autonomie mentale pour les GIR 1 à 4. Par contre, l'indicateur de A. Colvez ("EHPA") estime à 844 000 le nombre de personnes de 60 ans et plus en situation de dépendance physique et/ou psychique. Étant donné que la grille AGGIR s'est imposée comme grille nationale d'évaluation de la dépendance depuis la loi du 24 janvier 1997 en instaurant la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) et qu'elle est aujourd'hui utilisée pour l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), nous utiliserons uniquement la grille AGGIR dans nos estimations.

La prévalence de la dépendance augmente de manière très forte avec l'âge, surtout à partir de 75-80 ans. Ainsi, entre 60 et 69 ans, seulement 2,1 % des personnes sont dépendantes, c'est le cas de 10,5 % des personnes de 80 ans, de 18,3 % de celles de 85 ans et de 30,2 % de celles âgées de 90 ans.

Plus de 15 000 personnes de 60 ans et plus seraient donc dépendantes dans le Bassin minier, soit 6,6 %<sup>3</sup> de la population de cette classe d'âge en 2000. 15 000 personnes de 60 ans et plus requièrent donc une aide pouvant aller d'une simple assistance pour les tâches ménagères et/ou de toilette à une prise en charge totale. Les effectifs de femmes (non présentés) sont largement supérieurs à ceux des hommes. Deux facteurs expliquent ce phénomène : d'une part, les femmes ont une espérance de vie plus longue et, d'autre part, elles sont, à chaque âge, plus fréquemment dépendantes que les hommes.

**Tableau 7 : Estimation du nombre de personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus (équivalent GIR 1 à 4) dans les arrondissements du Bassin minier et ses communautés d'agglomération en 2000 selon l'enquête HID**

Arrondissements du Bassin minier	
Douai	3143
Valenciennes	4345
Béthune	3747
Lens	4145
<b>Total Bassin minier</b>	<b>15379</b>
Communautés d'Agglomération du Bassin minier	
C. A. de la Porte de Hainaut	1877
C. A. de l'Artois	2751
C. A. de Lens-Liévin	3239
C. A. de Valenciennes	2368
C. A. d'Hénin-Carvin	1514
C. A. du Douaisis	1980

Source : Enquête HID. INSEE. Exploitation ORS Nord - Pas-de-Calais.

<sup>1</sup> Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources. AGGIR est un outil multidimensionnel de mesure de l'autonomie à travers l'observation des activités qu'effectue seule la personne âgée.

<sup>2</sup> Les GIR 1 à 4 correspondent aux personnes ne pouvant vivre sans l'aide d'une tierce personne.

<sup>3</sup> Taux de dépendance évalué à l'échelle de la France par l'enquête HID.

Les effectifs présentés dans le tableau précédent résultent de l'application du taux de personnes âgées dépendantes aux populations des arrondissements et communautés d'agglomération du Bassin minier<sup>4</sup>. Ainsi, en 2000, les arrondissements de Valenciennes et Lens connaissent les effectifs les plus élevés de personnes âgées dépendantes par rapport aux autres arrondissements (plus de 4000 chacun). Ceci ne signifie pas que ces arrondissements soient plus âgés (au contraire, leurs parts de 60 ans et plus sont les plus faibles), mais que leurs populations sont plus nombreuses. Ils ont donc à faire face à davantage de personnes âgées dépendantes en valeur absolue, et non en proportion. Par contre, l'arrondissement de Béthune a un nombre plus élevé de personnes âgées dépendantes que celui de Douai car sa population est plus âgée (proportion de plus de 60 ans plus élevée et population moindre).

Les Communautés d'Agglomération de Lens-Liévin et de l'Artois sont les plus concernées par un nombre important de personnes âgées dépendantes. Ceci s'explique à la fois du fait de leurs populations respectives élevées mais également d'une proportion importante de 60 ans et plus dans leur population (surtout pour la C. A. de l'Artois dont la proportion de 60 ans et plus est de 20,3 % en 2000). La C. A. d'Hénin-Carvin compte le plus petit nombre de personnes âgées à prendre en charge en 2000 car elle rassemble à la fois la plus petite population des C. A. du Bassin minier et une faible proportion de 60 ans et plus (18,41 %).

#### QUELS SCENARIOS DE PROJECTION QUANT À LA DÉPENDANCE ?

L'enquête HID propose des projections permettant d'appréhender les effets des évolutions démographiques futures en fonction de différents scénarios possibles d'évolution de la dépendance aux âges élevés. 3 scénarios ont donc été construits en fonction de la prévalence de la dépendance physique lourde observée au cours de la décennie 90 :

- un scénario dit "pessimiste"

les gains d'espérance de vie sans dépendance sont supposés évoluer de façon parallèle à l'espérance de vie générale (les proportions de personnes dépendantes à chaque âge diminueraient alors à un rythme identique aux gains d'espérance de vie projetés). Ce scénario correspond à une hypothèse où le temps passé dans une situation de dépendance serait globalement stable, les gains d'espérance de vie se traduisant par des gains d'espérance de vie sans dépendance ;

- un scénario dit "optimiste"

dans lequel on suppose que les proportions de personnes dépendantes à chaque âge vont continuer à baisser à un rythme comparable à ce qui a été observé sur la décennie 90 (rythme rapide pour les plus de 80 ans) ;

- un scénario dit "central"

moyenne des 2 précédents, qui repose sur l'hypothèse suivante : les proportions de personnes dépendantes à chaque âge vont baisser à un rythme un peu moins rapide que dans l'hypothèse optimiste.

<sup>4</sup> Effectifs obtenus selon le scénario 1 des projections.

Les deux derniers scénarios correspondent plutôt à la théorie de compression de morbidité (diminution de la durée de la dépendance) évoquée précédemment.

Quel que soit le scénario envisagé, le nombre de personnes âgées dépendantes de 60 ans ou plus devrait augmenter dans les 40 années à venir.

Cette hausse ne serait pas régulière car très liée aux mouvements démographiques et au passage des générations dans les différentes classes d'âge. Ainsi, la croissance du nombre de personnes âgées dépendantes s'accélérerait une première fois à partir de 2005-2010 quand les cohortes nées après la première guerre mondiale, plus nombreuses que leurs aînées, atteindront des âges où les taux de prévalence de la dépendance sont élevés. La hausse serait donc comprise entre 6 et 13 % entre 2000 et 2010 selon le scénario retenu (Tableau suivant).

Entre 2010 et 2020, l'augmentation serait légèrement plus rapide que durant la période précédente (de 8 à 16 % selon le scénario retenu). En fait, la croissance du nombre de personnes âgées dépendantes s'accélérerait à partir de 2007 et serait particulièrement forte jusqu'en 2013 (plus de 1,4 % de hausse par an).

Au total, le nombre de personnes âgées dépendantes augmenterait de 23 % sur la période 2000-2020, cette hausse pouvant être limitée à 14 % dans le scénario optimiste mais aller jusqu'à 31 % dans le scénario pessimiste.

La hausse du nombre de personnes âgées reprendrait à nouveau à partir de 2030, ce qui correspond à l'arrivée à l'âge de 80 ans des générations du *baby-boom*. L'augmentation s'atténuerait ensuite sensiblement, en raison de l'arrivée aux âges élevés de générations moins nombreuses et de l'accroissement de décès imputables aux premiers enfants du *baby-boom*.

**Tableau 8 : Évolution du nombre de personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus selon les différents scénarios**

	2000-2010	2000-2020	2040
<b>Scénario optimiste</b>	+6 %	+14 %	+32 %
<b>Scénario central</b>	+9 %	+23 %	+53 %
<b>Scénario pessimiste</b>	+13 %	+31 %	+79 %

Source : Enquêtes "HID" 1998 et 1999 et Projections démographiques 2001. Calculs DREES.

Selon l'horizon considéré, ces 3 scénarios de projection ne sont pas équiprobables. A l'échéance d'une dizaine d'années, des progrès notables permettant de limiter le développement des démences semblent difficilement envisageables. Le scénario central et le scénario pessimiste seraient donc les plus probables. A l'horizon 2020, il est possible que des traitements efficaces permettent de retarder nettement l'arrivée des troubles du comportement ou des désorientations (plus vite du moins que les gains d'espérance de vie). Le scénario central (voire le scénario optimiste) serait donc le plus probable.

Les estimations suivantes tiennent compte des scénarios les plus probables selon l'échéance envisagée. Ainsi, à l'échelle du Bassin minier, les évolutions sur la période 2000-2020 estiment à 3 537 le nombre de personnes âgées dépendantes supplémentaires dans le cadre du scénario central et à 2 153 dans le cadre du scénario optimiste. Ceci correspond donc à un effectif oscillant entre 17 500 et 18 900 personnes âgées dépendantes sur la période 2000-2020. Sur cette période, ce sont les arrondissements de Valenciennes et de Lens qui compteraient le plus de personnes âgées à prendre en charge (respectivement entre 4 900 et 5 300 pour les scénarios central et optimiste et autour de 4 800 pour le scénario pessimiste). Les Communautés d'Agglomération de l'Artois et de Lens-Liévin seraient également les plus touchées.

**Tableau 9 : Estimation du nombre de personnes âgées dépendantes supplémentaires par arrondissement du Bassin minier**

	Douai	Valenciennes	Béthune	Lens	Bassin minier
Evolution 2000-2010 (Scénario central)	283	391	337	373	1384
Evolution 2000-2010 (Scénario pessimiste)	409	565	487	539	1999
Evolution 2000-2020 (Scénario central)	723	999	862	953	3537
Evolution 2000-2020 (Scénario optimiste)	440	608	525	580	2153
Evolution 2040 (Scénario optimiste)	1006	1390	1199	1326	4921
Evolution 2040 (Scénario pessimiste)	2483	3432	2960	3275	12150

Source : Enquête HID. INSEE. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

**Tableau 10 : Estimation du nombre de personnes âgées dépendantes supplémentaires par communauté d'agglomération du Bassin minier**

	C. A. Porte de Hainaut	C. A. Artois	C. A. Lens-Liévin	C. A. Valenciennes	C. A. Hénin-Carvin	C. A. Douaisiens
Evolution 2000-2010 (Scénario central)	113	165	194	142	91	119
Evolution 2000-2010 (Scénario pessimiste)	244	358	421	308	197	257
Evolution 2000-2020 (Scénario central)	432	633	745	545	348	455
Evolution 2000-2020 (Scénario optimiste)	263	385	453	331	212	277
Evolution 2040 (Scénario optimiste)	601	880	1036	758	485	633
Evolution 2040 (Scénario pessimiste)	1483	2173	2559	1870	1196	1564

Source : Enquête HID. INSEE. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Il convient de prendre en compte, dès aujourd'hui, cette hausse du nombre de personnes âgées dépendantes qui devrait débiter en 2005. Ainsi, il y aurait une croissance de 9 à 13 % selon les 2 scénarios les plus probables de cette période, soit pour le Bassin minier une population âgée dépendante supplémentaire allant de 1300 à 2000 âmes entre 2005 et 2010 (c'est-à-dire environ 17 000 personnes au total).

A l'horizon 2040, le nombre de personnes âgées dépendantes devrait croître de 32 à 79 %, ce qui représente entre 4 921 et 12 150 personnes âgées dépendantes supplémentaires dans le Bassin minier.

#### LE CAS DES DÉMENCES SÉNILES

Les démences séniles (dont la maladie d'Alzheimer) sont des pathologies qui vont se développer et requérir une prise en charge spécifique et nouvelle (les institutions actuelles ne sont pas souvent adaptées et n'acceptent pas forcément ce type de cas ; le maintien à domicile est souvent lourd pour les familles).

En 2000 et selon une étude européenne (Lobo et al. 2000), la prévalence de la démence chez les hommes européens de 65-69 ans et 85-89 ans est respectivement de 1,6 et de 12,8 %.

Pour les mêmes classes d'âge, les femmes européennes ont respectivement une prévalence de 1 et 20,2 %. La prévalence de la maladie d'Alzheimer en Europe est, respectivement pour les hommes et femmes de 65-69 ans, de 0,6 et 0,7 % et pour les hommes et femmes de 85-89 ans de 8,8 et 14,2 %. Afin d'estimer le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus atteintes de démence (dont la maladie d'Alzheimer) dans le Bassin minier, nous avons appliqué ces taux aux effectifs projetés de cette même classe d'âge en 2000, 2010, 2020 et 2030.

Ces effectifs sont à manier avec précautions pour deux raisons. D'une part, ils permettent uniquement de donner un ordre d'idée du nombre de personnes de 65 ans et plus atteintes de démence et qui nécessiteraient probablement une aide. D'autre part, plus les estimations s'éloignent de l'année 2000, plus les chiffres sont à relativiser puisque nous avons appliqué à ces décennies un taux de prévalence évalué pour l'année 2000. Or, on peut espérer qu'à partir de 2015-2020 la recherche aura progressé dans ces domaines et donc que la prévalence sera moindre.

Tableau 11°: Estimation de la prévalence de la démence chez les 65 ans et plus dans les communautés d'agglomération et arrondissements du Bassin minier

	En 2000		En 2010		En 2020		En 2030	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
<b>C. A. du Bassin minier</b>								
<b>C. A. de la Porte de Hainaut</b>	346	859	437	1131	511	1350	668	1477
<b>C. A. de l'Artois</b>	526	1471	625	1781	765	2014	1047	2289
<b>C. A. de Lens-Liévin</b>	574	1610	721	2141	856	2477	1124	2642
<b>C. A. de Valenciennes</b>	442	1168	557	1537	673	1878	897	2173
<b>C. A. d'Hénin-Carvin</b>	269	734	351	967	433	1164	573	1324
<b>C. A. du Douaisis</b>	385	970	488	1260	592	1527	765	1693
<b>Arrondissements du Bassin minier</b>								
<b>Douai</b>	612	1533	781	1998	962	2424	1266	2735
<b>Valenciennes</b>	809	2064	1024	2706	1230	3269	1635	3709
<b>Béthune</b>	728	1983	867	2427	1069	2816	1462	3245
<b>Lens</b>	732	2056	911	2668	1085	3061	1429	3305
<b>Total Bassin minier</b>	2881	7635	3583	9798	4346	11569	5792	12994

Source : Étude Lobo et al. 2000<sup>1</sup>. INSEE. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

<sup>1</sup> Cette étude réunit les données de 11 cohortes représentatives de la population âgée de 65 ans et plus. Elle est citée in *Gérontologie et société* n°97, juin 2001.

Tableau 12 : Estimation de la prévalence de la maladie d'Alzheimer chez les 65 ans et plus dans les communautés d'agglomération et arrondissements du Bassin minier

C. A. du Bassin minier	En 2000		En 2010		En 2020		En 2030	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
C. A. de la Porte de Hainaut	170	617	228	798	285	967	357	1060
C. A. de l'Artois	264	1053	331	1263	423	1448	564	1643
C. A. de Lens-Liévin	283	1152	381	1515	482	1784	609	1901
C. A. de Valenciennes	218	839	254	1088	315	1352	420	1560
C. A. d'Hénin-Carvin	131	526	184	684	240	837	311	950
C. A. du Douaisis	193	696	260	891	339	1097	422	1217
<b>Arrondissements du Bassin minier</b>								
Douai	307	1100	417	1412	551	1742	697	1964
Valenciennes	399	1481	536	1912	682	2348	876	2661
Béthune	368	1419	457	1721	590	2024	784	2328
Lens	360	1471	479	1887	605	2201	771	2374
<b>Total Bassin minier</b>	<b>1433</b>	<b>5472</b>	<b>1889</b>	<b>6933</b>	<b>2427</b>	<b>8314</b>	<b>3128</b>	<b>9327</b>

Source : Étude Lobo et al. 2000. INSEE. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Selon ces estimations, le Bassin minier compterait plus de 10 000 personnes de 65 ans et plus atteintes de démences séniles en 2000, dont près de 7 000 de maladie d'Alzheimer. La population âgée augmentant, la prévalence de ce type de maladie serait en 2010 de 13 400 cas (dont 8 800 cas d'Alzheimer) et de 15 000 cas en 2020 (dont 11 000 Alzheimer) si la prévention et la recherche ne progressaient pas. L'arrondissement de Douai compterait moins de cas que les 3 autres arrondissements. Les Communautés d'Agglomération de la Porte de Hainaut et d'Hénin-Carvin se différencieraient également par un moindre nombre de cas. Bien sûr, ces différences sont dues aux structures par âge de la population et non à son état de santé.

L'incidence<sup>1</sup> des démences augmente bien évidemment avec l'âge. Elle est de 38,8 nouveaux cas pour 1 000 hommes européens ayant entre 85 et 89 ans et de 53,3 nouveaux cas pour 1 000 femmes européennes de la même classe d'âge en 2000. L'incidence de la maladie d'Alzheimer est de 24,2 nouveaux cas pour 1 000 hommes européens ayant entre 85 et 89 ans et de 41,5 nouveaux cas pour 1 000 femmes européennes de la même classe d'âge en 2000. En appliquant ces taux au territoire du Bassin minier, il y aurait chaque année, 2 630 nouveaux cas de démence parmi les personnes de 65 ans et plus, dont 1 825 Alzheimer.

Parmi les 62 maisons de retraite du Bassin minier ayant répondu à l'enquête Alzheimer réalisée en 2002-2003 par l'ORS Nord – Pas-de-Calais<sup>2</sup>, 44 déclarent accepter les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Toutes les unités de soins longs séjours accueillent les personnes atteintes d'Alzheimer. Par contre, seulement 5 foyers-logements sur 55 les acceptent. Étant donné que cette enquête n'est pas exhaustive, nous ne pouvons pas confronter le nombre de places déclarées et les

estimations de prévalence de démence et d'Alzheimer. Il est cependant préoccupant que le nombre total de places en maisons de retraites, foyers-logement et unités de soins longs séjours du Bassin minier déclarés dans cette enquête non exhaustive<sup>3</sup> n'équivaut pas au nombre estimé de personnes âgées atteintes de démence sénile sur le même territoire en 2000 et est très loin du nombre estimé de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. De plus, les institutions déclarant accepter les cas d'Alzheimer ne sont pas équipées pour n'accueillir que ce type de personnes. Elles peuvent souvent n'en accueillir qu'un nombre limité.

La maladie d'Alzheimer constitue l'un des problèmes majeurs de Santé publique auquel la société doit faire face dès à présent. En l'absence de prévention et pour des raisons démographiques, le nombre de démences augmenterait de 17 % et celui de la maladie d'Alzheimer (et maladies apparentées) de 28 % en 2010.

Le rapport "La santé en France"<sup>4</sup> de J.L. Dartigues (INSERM U330, Bordeaux), dont sont extraites les données précédentes, montre combien la maladie d'Alzheimer est une maladie sous-médicalisée et ignorée, exposant à une inégalité d'accès aux soins et aux services (soutien psychologique, garde à domicile). Ces inégalités sont liées aux revenus mais aussi au milieu socioculturel, "les familles les plus demandeuses étant celles qui obtiennent le plus". J.L. Dartigues montre aussi "l'inégalité liée à l'éloignement des centres experts et l'intérêt variable des soignants pour la maladie et sa prise en charge alors que l'efficacité de l'information et du soutien aux aidants, particulièrement au stade précoce, est maintenant indiscutable."<sup>5</sup>

Une progression de la prévention est à l'évidence nécessaire. La mise en place de bilans de santé plus précoces permettrait de dépister plus tôt les éventuelles anomalies ou facteurs de risques susceptibles de bénéficier d'une intervention afin d'en diminuer les conséquences.

<sup>1</sup> Pourcentage de "nouveaux cas" de maladies survenant chaque année.

<sup>2</sup> Ces données ont été calculées à partir des informations fournies par *L'Annuaire de la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et dispositifs d'aide à leurs aidants*. 1<sup>ère</sup> édition 2004. Paris : Fondation Médéric Alzheimer, février 2004 ; 693 p.

<sup>3</sup> Le taux de réponse est de 86 %.

<sup>4</sup> Cité in ORS Midi-Pyrénées. *Viellir en Midi-Pyrénées*. Toulouse. 2002. 87 pages + annexes.

<sup>5</sup> Ibid.



Les médecins généralistes, souvent considérés comme "la porte d'entrée au système de soins" pourraient être le pivot de ces bilans.

Selon l'Annuaire édité par la Fondation Médéric Alzheimer, le territoire du Bassin minier compte 4 consultations mémoire (à Saint-Amand-les-Eaux, Valenciennes, Béthune et Lens) pouvant établir des diagnostics de la maladie d'Alzheimer (ou maladies apparentées) ou autres démences séniles. Pour l'information, l'orientation des familles, on dénombre 4 coordinations gériatriques (Douai et Valenciennes, Coucelles-lez-Lens, Lens), enfin 5 lieux peuvent accueillir des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer en accueil de jour, pour soulager les familles : Bruay-sur-Escaut, Valenciennes, Solesmes, Béthune, Bully-les-Mines. Pour les familles des personnes âgées souffrant d'isolement face à la tâche qui leur incombe, certaines associations mettent en place des dispositifs d'aides aux aidants (groupes de paroles, formation) sur Valenciennes et Bully-les-Mines.

#### QUELLE PRISE EN CHARGE POUR CES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES ?

##### Le maintien à domicile

Face au développement de leur dépendance (inhérent au vieillissement), les personnes âgées et surtout très âgées (75 ans et plus), ont besoin d'aides diverses (d'une simple aide aux tâches ménagères jusqu'à une prise en charge continue 24 heures sur 24).

Le maintien à domicile est depuis le rapport Laroque<sup>1</sup> (1962) un axe important de la politique de la vieillesse en France. Il semble être la solution à développer pour faire face à la hausse inéluctable de personnes âgées en perte d'autonomie.

En dehors du maintien à domicile, la mise en institution (maisons de retraite) et l'entrée en services de soins de longue durée sont les 2 principales alternatives. Le maintien à domicile repose sur 2 dispositifs : les services d'aide à domicile (les aides ménagères) et les dispositifs de soins à domicile (SSIAD). Actuellement, on estime à 2/3 les personnes dépendantes (classées en GIR 1 à 4) âgées de 60 ans et plus vivant à domicile<sup>2</sup> ou dans leur famille. A l'échelle du Bassin minier, il y aurait donc environ 10 200 personnes de 60 ans et plus qui auraient besoin d'une aide ménagère et/ou de soins.

Même si les 2 départements du Nord et du Pas-de-Calais connaissent un taux d'équipement en places de services de soins à domicile supérieur au taux national (20,54 places pour 1 000 personnes de 75 ans et plus contre 15,53 en France métropolitaine), il convient d'anticiper les évolutions concernant la population âgée. Développer les services de soins et d'aide à domicile est essentiel (la formation de personnel nouveau est nécessaire<sup>3</sup>) afin de faire face aux besoins futurs. Les œuvres du régime minier gèrent 2 centres de soins à domicile, celui du Nord est conventionné pour 130 lits.

---

<sup>1</sup> Rapport de la Commission d'études des problèmes de la vieillesse, présidée par Pierre Laroque.

<sup>2</sup> Y compris en foyers-logements.

<sup>3</sup> Voir la partie consacrée à la population active.

##### Les limites du maintien à domicile

Le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes est souvent possible grâce aux aidants informels (famille, entourage). *"Les aidants familiaux principaux des personnes dépendantes sont aujourd'hui le conjoint dans la moitié des cas et l'un des enfants dans un tiers des cas. Dans 8 cas sur 10, il s'agit d'une personne qui a entre 50 et 79 ans. Or, dans les prochaines décennies, les effectifs de cette classe d'âge augmenteront de manière beaucoup moins importante que le nombre de personnes âgées dépendantes : par exemple, entre 2000 et 2040, selon les projections démographiques de l'INSEE, le nombre de femmes de 50 à 79 ans augmenterait de 10 %, celui des hommes de cette même tranche d'âge de 12 %, tandis que dans le scénario central, celui des personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus croîtrait de 53 %"*<sup>4</sup>. A ces évolutions démographiques peuvent s'ajouter d'autres facteurs comme *"l'augmentation de l'activité professionnelle des femmes, la plus grande implication éventuelle des fils dans l'aide, l'éloignement géographique entre enfants et parents âgés, les choix personnels des conjoints ou enfants de s'investir plus ou moins dans le rôle d'aidant"*<sup>5</sup>. Cette tendance conforte la nécessité de développer les services de soins et d'aide à domicile mais aussi d'inciter et reconnaître davantage l'aide aux aidants.

Le confort des habitations constitue un élément favorisant le maintien à domicile. Or, les personnes âgées du Bassin minier sont sur-représentées dans les logements des mines. Ces derniers sont encore aujourd'hui trop souvent vétustes (seulement 64 % du parc des logements miniers étaient rénovés en 1999<sup>6</sup>) et difficilement adaptés aux besoins des personnes âgées (différences de niveaux, escalier). Le Bassin minier compte 44,6 % de logements construits avant 1949, contre 40,6 % au niveau régional. Le taux de confort des logements est inférieur à la moyenne régionale (5 % des logements sont sans baignoire ni douche contre 4,2 % à l'échelle du Nord - Pas-de-Calais). Pour que le maintien à domicile soit possible, les efforts de rénovation sont à poursuivre, *a fortiori* pour les logements occupés par des personnes âgées.

##### L'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile (HAD) est insuffisamment développée puisque l'on compte au niveau national une place d'HAD pour environ 125 lits d'hospitalisation. Au début de l'année 2004, Jean-François Mattei alors ministre de la Santé, annonçait un "plan ambitieux" pour ce type d'hospitalisation afin de *"quasiment doubler le nombre de places d'ici fin 2005, de 4 700 à 8 000 places"*.

---

<sup>4</sup> Colin C. *Que nous apprend l'enquête HID sur les personnes âgées dépendantes, aujourd'hui et demain ?* Revue Française des Affaires Sociales 2003 ; n°1-2 : 77-101.

<sup>5</sup> Ibid.

<sup>6</sup> selon la SOGINORPA (Société de Gestion Immobilière du Nord - Pas-de-Calais).

### La mise en institution

Alternative plus tardive, l'entrée en maison de retraite ou en unité de soins longs séjours concerne les personnes les plus dépendantes et/ou esseulées.

En 2001, la région compte 19 479 places en maisons de retraite (12 439 dans le Nord, 7 040 dans le Pas-de-Calais), 10 358 places en logements-foyers (6 732 dans le Nord, 3 626 dans le Pas-de-Calais) et 4 405 lits en unités de soins de longue durée (2 667 dans le Nord et 1 738 dans le Pas-de-Calais).

Le taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées en 2001 est de 135,14<sup>1</sup> dans le Nord et de 108,87 dans le Pas-de-Calais. Ces taux se situent en dessous de la moyenne française (qui est de 137,7). Il en est de même en ce qui concerne le taux d'équipement en lits médicalisés<sup>2</sup> : 48,3 dans le Nord et 45,8 dans le Pas-de-Calais contre 57,3 au niveau de la France.

D'après l'enquête de l'ORS Nord – Pas-de-Calais concernant la prise en charge des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, il est possible d'approcher l'offre de prise en charge des personnes âgées dans le Bassin minier. Étant donné que cette enquête ne connaît qu'un taux de réponse de 86 %, il ne nous est pas possible de présenter les données brutes puisqu'elles ne sont pas exhaustives. Nous nous en servons donc uniquement pour approcher la situation des différents arrondissements et communautés d'agglomération du Bassin minier. Ainsi, Valenciennes et Béthune sont les 2 arrondissements comptant le plus de places en maisons de retraite et unités de soins longs séjours. Lens semble sous-doté, notamment en maisons de retraite, alors que sa population dépendante estimée est élevée. En approchant le territoire par ses communautés d'agglomération, c'est dans celles d'Hénin-Carvin et de Lens-Liévin que les offres sont les plus faibles. Les Communautés d'Agglomération de la Porte du Hainaut et de Valenciennes comptent un nombre important de places mais qui sont essentiellement en maisons de retraite et peu en unités de soins longs séjours.

Au vu des perspectives d'évolution de la population âgée dépendante, les maisons de retraite et unités de soins longs séjours ne vont pas être en nombre suffisant dans la région. Pour maintenir l'offre à son niveau actuel (en maisons de retraite et unités de soins longs séjours), la région Nord – Pas-de-Calais devrait disposer de 4 300<sup>3</sup> à 6 200<sup>4</sup> places supplémentaires en 2010, soit une croissance annuelle comprise entre 0,9 et 1,3 % (selon le scénario de développement de la dépendance retenu). En 2020, il faudrait entre 2 150 et 5 500 places supplémentaires par rapport à 2000. A ce manque de structures d'accueil pour personnes âgées s'ajoutent les insuffisances quantitatives en matière de personnel (animateurs, aides médico-psychologiques, éducateurs spécialisés), ainsi que des carences qualitatives en

matière de formation (qualification gérontologique insuffisante ou inadaptée<sup>5</sup>).

### Un frein à la mise en institution : les ressources

De faibles ressources peuvent constituer un frein à l'entrée en institution. Les femmes sont d'autant plus touchées qu'elles vivent plus longtemps et que beaucoup d'entre elles n'ont pas exercé d'activité professionnelle. Les femmes, et en particulier les veuves, sont donc sur-représentées parmi les bénéficiaires de minima sociaux. Dans le Bassin minier, étant donné le faible taux d'activité féminine, cette sur-représentation risque d'être encore plus forte. Des mesures d'aide sont donc peut-être à envisager afin de permettre un égal accès aux structures de prises en charge des personnes âgées.

Parmi les bénéficiaires des sociétés de secours minières du Nord, 1 111 sont actifs (+1 454 ayants droit d'actifs), pour 22 719 pensionnés (+9 658 ayants droit de pensionnés). A la lumière de ces chiffres, il semble peu probable que les actifs créent suffisamment de ressources pour couvrir l'entrée en établissement du plus grand nombre de pensionnés.

## **Développer la prévention et la formation**

### LA PRÉVENTION

Des travaux du CREDES<sup>6</sup> ont montré que les niveaux socio-éducatifs et socio-économiques jouent un rôle non-négligeable sur le vieillissement. En prenant comme critère de vieillissement accéléré la survenue de maladies et d'incapacités diverses, il a été observé que les personnes vieillissaient bien ou mal selon leur niveau d'éducation. Cette inégalité vis-à-vis du vieillissement entre couches sociales ne diminue pas et tend plutôt à s'accroître. Les couches socio-éducatives les plus élevées conservent ce privilège majeur : l'information. Pourtant, l'ensemble de la population progresse en moyenne vers un vieillissement plus favorable mais il est nécessaire que chacun développe une conscience préventive dès le plus jeune âge et apprenne à gérer son "capital vie". Les maladies plus spécifiquement liées à l'âge peuvent faire l'objet de prévention.

Ainsi, l'ostéoporose touche particulièrement les femmes ménopausées et est à l'origine de nombreuses fractures du col du fémur qui amènent un certain nombre de victimes à être placées en institution en raison de la perte d'autonomie. Il est cependant possible de diminuer ce type de maladies grâce à des traitements préventifs, ainsi qu'en pratiquant une activité physique et en ayant une bonne hygiène de vie.

---

<sup>1</sup> Pour 1 000 personnes de 75 ans et plus.

<sup>2</sup> Lits de section de cure médicale en maisons de retraite et logements-foyers, lits de soins longue durée.

<sup>3</sup> Scénario optimiste.

<sup>4</sup> Scénario central.

---

<sup>5</sup> Ce point sera approfondi ultérieurement.

<sup>6</sup> Cité in Conseil économique et social régional du Nord – Pas-de-Calais. *Les personnes âgées en perte d'autonomie : tout mettre en œuvre pour éviter leur exclusion*. Commission "Santé, Problèmes Sociaux et Familiaux"; mai 2001 : 140 p.

La vue et l'audition sont des sens qui peuvent régresser assez tôt. Dès 40 ans la presbytie peut survenir et nécessiter un appareillage adapté. La détection de maladies dégradant progressivement la vue doit faire l'objet d'une détection précoce. Consulter régulièrement un ophtalmologiste dès l'âge de 60 ans peut se révéler nécessaire. La baisse de l'audition peut être un facteur d'exclusion. Sa prévention et sa correction peuvent donc avoir des effets positifs sur la vie sociale des personnes âgées.

La prévention des maladies cardio-vasculaires, de l'incontinence, des troubles de la marche sont liés à une bonne hygiène de vie. Exercice régulier, contrôle du poids, régime alimentaire équilibré, arrêt du tabac permettent de retarder la perte d'autonomie.

En ce qui concerne les démences séniles, une augmentation de la prévention est nécessaire. La mise en place plus précoce de bilans de santé permettrait de dépister plus tôt les éventuels anomalies ou facteurs de risques susceptibles de bénéficier d'une intervention afin d'en diminuer les conséquences. Les médecins généralistes étant souvent "la porte d'entrée au système de soins" pourraient être le pivot de ce type de bilans.

#### LA FORMATION EN GÉRIATRIE

Les institutions accueillant les personnes âgées manquent bien souvent d'animateurs, d'aides médico-psychologiques et d'éducateurs spécialisés. A cette probable insuffisance quantitative s'ajoute une insuffisance qualitative : *"les métiers intervenant auprès des personnes âgées dépendantes se caractérisent par la multiplicité de statuts et, souvent, une qualification gérontologique insuffisante ou inadaptée"*<sup>1</sup>. Ce constat vaut tant pour les intervenants sanitaires que sociaux.

Il manque encore une formation initiale en gériatrie pour les assistantes sociales et les directeurs d'établissement. Les personnels des maisons de retraite sont mal préparés à faire face aux nouveaux problèmes soulevés par la dépendance ou la détérioration mentale.

*"La formation gériatrique des futurs médecins généralistes est absente du cursus normal des études dans de nombreuses facultés. Elle est obligatoirement dispensée aux médecins gériatres depuis 1988, mais ne figure au programme des études de médecine que depuis 1996"*<sup>2</sup>. Les étudiants ayant suivi cette formation ne travaillent que depuis 2002. Les études d'infirmières et d'aides soignantes font l'objet d'une formation aux soins gériatriques mais qui reste théorique.

La médecine gériatrique est donc encore peu reconnue en France (par rapport aux spécialités anatomiques). *"La poly-pathologie fréquente chez les personnes âgées se prête mal à une distribution des malades par spécialité médicale, caractéristique des centres hospitaliers. Le développement de structures gériatriques est encore trop rare dans notre pays. Les services de gériatrie peinent à s'insérer au sein du monde hospitalier, à la fois en raison du faible nombre de spécialistes et des réticences des services "classiques". Des structures spécialisées en gérontologie permettraient pourtant une prise en charge globale correspondant aux poly-pathologies des personnes âgées. Les pathologies spécifiques du grand âge ne sont pas prises en charge de façon suffisante et adéquate. Le développement de la gérontopsychiatrie pourrait par exemple améliorer la prise en charge et la prévention des suicides et des dépressions chez les personnes âgées"*<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> École Nationale d'Administration. *Vieillesse de la population française et système de soins*. Séminaire de questions sociales de la promotion "Nelson Mandela" (1999-2001).

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ibid.



## **Population active et professions de santé**

L'augmentation de l'espérance de vie va entraîner une hausse tendancielle de l'âge moyen. Tant que la génération du *baby-boom* constituait le socle de la population active, il s'exerçait un phénomène de contre-balancement.

La génération du *baby-boom* atteignant l'âge de la retraite, on assiste inévitablement à une augmentation de l'âge de la population active puis à une diminution de ses effectifs<sup>1</sup>. Ce "basculement" démographique devrait intervenir autour de 2006 avec un début de déclin de la population active et une augmentation progressive de la part des plus de 60 ans dans la population. La baisse du chômage, suite à ces départs en retraite, ne va pas de soi : les évolutions dans certains pays européens montrent qu'il n'y a pas de lien direct entre la diminution de la population active et celle du chômage. Si l'on voulait faire croître la population active dans les mêmes proportions, il faudrait 24 millions d'actifs en plus. La compensation de ce phénomène démographique par l'augmentation du flux migratoire ne peut être envisagée tant en nombre qu'en exigence de qualification. D'ici 2010 à 2020, la configuration de la population active devrait donc connaître des changements structurels marqués.

Ce renouvellement de la population active va concerner la plupart des métiers, des branches et des territoires. Il est donc nécessaire d'anticiper l'avenir puisque l'on risque de voir, à terme, coexister des pertes d'emplois dans certains secteurs et d'importants besoins de renouvellement dans d'autres. Les métiers de l'enseignement et de la fonction publique, de la formation, de la santé, des banques et des assurances, des professions juridiques vont connaître des besoins de recrutement importants. Les métiers de l'hôtellerie/restauration, de l'alimentation, du bâtiment et des travaux publics enregistreront des départs à la retraite situés dans la moyenne. Par contre, des secteurs comme les métiers des études et de la recherche, de l'informatique, des services aux particuliers devront faire face à des tensions sur le marché du travail dues essentiellement à leur dynamique propre de développement.

### **Quelles conséquences sur la population active du Nord – Pas-de-Calais ?**

Compte tenu d'une fécondité plus élevée que la France entière et maintenue à son niveau de 1999, d'une mortalité évoluant parallèlement à la tendance nationale, et de migrations résidentielles aussi déficitaires que celles observées entre 1990 et 1999, la population active de la région devrait encore aug-

menter jusqu'en 2006, avec 65 000 personnes de plus qu'en 1999 (dans le cas de comportement d'activités identiques aux évolutions récentes). A partir de 2006-2007, un lent déclin de la main d'œuvre devrait s'amorcer du fait du vieillissement et des migrations. Ce scénario positionne donc notre région dans une situation identique à celle de la France.

Cependant, des spécificités de notre région pourraient contrecarrer la baisse de la population active. En effet, la diminution des cessations d'activité avant 60 ans, l'augmentation des taux d'activité féminins (plus bas que ceux de la France) seraient susceptibles de réduire la diminution des ressources de main d'œuvre. Ce second scénario table sur un alignement des taux d'activité des 55-59 ans sur ceux plus élevés des 50-54 ans<sup>2</sup> et sur une amélioration des taux d'activité féminins<sup>3</sup> (atteignant progressivement ceux d'Ile-de-France). Dans ce cas, les ressources de main d'œuvre atteindraient un maximum vers 2010, avant de se maintenir jusqu'en 2015 à un niveau supérieur d'environ 100 000 personnes à celui de 1999. D'autres scénarios touchant à l'entrée dans la vie active des jeunes, l'accroissement des taux d'activité au-delà de 60 ans ou encore la diminution du déficit migratoire conforteraient encore l'augmentation de la population active dans notre région.

Ces facteurs peuvent donc constituer des marges importantes de progression du volume des ressources de main d'œuvre, sans préjuger de l'évolution en son sein du nombre de chômeurs.

Ces perspectives purement quantitatives ne prennent cependant pas en compte les questions liées à l'ajustement entre les emplois offerts et les caractéristiques de la main d'œuvre.

### **De quelles catégories d'emploi aura-t-on besoin ?**

Les cadres et professions intellectuelles supérieures de la région ont connu une évolution de +22,3 % contre 31 % au niveau national entre les 2 derniers recensements. Les professions intermédiaires ont davantage augmenté dans le Nord – Pas-de-Calais (+24,9 %) qu'en France (+12 %). D'après un rapport du Commissariat Général du Plan, les emplois qualifiés devraient continuer à augmenter sur la période 2000-2010 : +25 % pour les cadres et

---

<sup>2</sup> En 1999, le Nord – Pas-de-Calais connaît un taux d'activité des 55-59 ans parmi les plus faibles de France en raison des mises en préretraites massives.

<sup>3</sup> Le taux d'activité des femmes de 25-49 ans du Nord – Pas-de-Calais (73,8 %) est inférieur à celui d'Ile-de-France (84,9 %).

<sup>1</sup> Commissariat Général du Plan. 2002.

+14 % (scénarios "hauts" de la DARES<sup>1</sup>) ou +15 % (scénarios "hauts" de la DPD<sup>2</sup>) pour les professions intermédiaires et techniciens. C'est au sein de ces 2 catégories socio-professionnelles que la part des femmes a le mieux progressé dans la région, entre les 2 recensements<sup>3</sup>. L'augmentation du poids du travail très qualifié est en lien avec la diffusion des technologies de l'information et de la communication. *"C'est pourquoi ce seront les domaines professionnels de l'informatique, de la recherche et de la communication qui devraient connaître les croissances les plus élevées (plus de 50 % pour les deux premiers, de l'ordre de 30 % pour le dernier)"<sup>4</sup>.*

La croissance devrait aussi être assez forte pour certaines catégories d'emplois moins qualifiés. La catégorie socio-professionnelle des employés est celle qui a le plus augmenté après celles des cadres et professions intermédiaires (+16,7 % entre 1990 et 1999 dans le Nord – Pas-de-Calais) et cette tendance devrait continuer. Les emplois du type "employés de commerce" et surtout ceux des métiers des services aux particuliers devraient "exploser" du fait de la poursuite du développement des services (nouveaux services, loisirs...), du vieillissement de la population et du besoin de prestations qu'il génère. Sur la période 2000-2010, le scénario "haut" de la DARES prévoit une hausse de 25 % et celui de la DPD de +28 % pour ces 2 catégories d'emploi. Aujourd'hui, 90 % des emplois qui se créent sont du domaine du service.

#### TROP PEU DE CADRES AUJOURD'HUI, UN ENJEU POUR DEMAIN

Le Bassin minier manque de cadres et pourra difficilement faire face aux besoins évoqués précédemment en matière de population très qualifiée.

Hormis dans l'arrondissement de Lille où les cadres et professions intellectuelles supérieures représentent 7,3 % des actifs, l'ensemble des territoires de la région a un nombre de cadres proportionnellement inférieur à celui de la France métropolitaine (6,7 %). Tant au niveau des arrondissements que des communautés d'agglomérations, la part des cadres du Bassin minier demeure dans tous les cas inférieure au niveau régional. Toutefois, cette situation se retrouve dans la plupart des arrondissements et des communautés d'agglomérations de la région, traduisant ainsi un phénomène de métropolisation caractérisé par une importante concentration des cadres et des professions intellectuelles supérieures dans la zone lilloise. Au sein du Bassin minier, l'arrondissement de Lens ainsi que la Communauté d'Agglomération de Lens-Liévin et de la Porte du Hainaut détiennent proportionnellement le plus faible nombre de cadres (2,4 à 2,5 %). En revanche, l'arrondissement de Douai ainsi que les Communautés d'Agglomération de Valenciennes et du Douaisis détiennent la plus forte proportion de cadres, située autour de 4 %.

Développer et améliorer la formation dans les domaines porteurs (en lien avec la diffusion des NTIC) et dans les secteurs des industries du territoire est nécessaire. Ceci permettrait d'attirer les entreprises. A court terme et étant donné le manque de personnel suffisamment qualifié sur son territoire, le Bassin minier doit réussir à attirer une population qualifiée, voire très qualifiée. Il semblerait que les emplois créés sur le territoire ne profitent pas forcément à la population du Bassin minier. A l'échelle de notre région, en 1999, 1 cadre sur 6 est un nouvel arrivant, c'est-à-dire qu'il résidait hors du département au 1<sup>er</sup> janvier 1990. Il existe donc un pouvoir d'attraction du Nord – Pas-de-Calais en matière d'emploi, dont le Bassin minier doit bénéficier.

---

<sup>1</sup> Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques.

<sup>2</sup> Direction de la Programmation et du Développement (du Ministère de l'Éducation Nationale).

<sup>3</sup> La part des femmes cadres est passée de 26,3 % en 1990 à 31,8 % en 1999, celle des femmes exerçant une profession intermédiaire de 41,2 à 45,5 % sur la même période.

<sup>4</sup> Commissariat Général du Plan. 2005. *Le choc démographique, défi pour les professions, les branches et les territoires*. Paris : La documentation française, 2002 ; 163 p + annexes.

## Le régime minier : population protégée et offre de soins

Le régime minier de sécurité sociale, en raison du non-renouvellement de ses bénéficiaires consécutif à l'arrêt de l'activité a été, dès le début des années 1980, exposé au vieillissement de sa population. Chaque année, le nombre d'affiliés se réduit de 5%. Il reste actuellement un peu moins de 88 000 bénéficiaires. D'après le Ministère des Affaires sociales, ils étaient 106 000 en 2002 et 125 000 en 1999. Ces personnes, pour l'essentiel très âgées (64 % d'entre elles dépassent les 70 ans) ont désormais la possibilité, si elles le souhaitent, de s'adresser à n'importe quelle structure de soin. Avec l'ouverture probable en juillet 2005 des structures de soins relevant de la sécurité sociale dans les mines à l'ensemble de la population, la carte et la structuration de l'offre de soins de ville vont se trouver sensiblement modifiées : dans le Bassin minier du Nord - Pas-de-Calais, les œuvres du bassin minier seront ouvertes à l'ensemble de la population et réaliseront leur mutation en centres de santé, les professionnels de santé demeurant salariés.

Il est sans doute trop tôt pour pouvoir mesurer l'impact de cette ouverture bilatérale car outre ses effets possibles ou probables il convient d'attendre que la population ainsi que l'ensemble des structures et des professionnels de santé intègrent cette nouveauté dans leurs positionnements et dans leurs prospectives. Il est certain que ce qui va se passer est une opportunité et non pas un risque pour l'avenir du Bassin minier. Il y a là matière à conforter l'offre de soins locale, très limitée en regard des populations ayant besoin de recourir à des soins et il est certain que cette mutation considérable pour la Sécurité sociale dans les mines pourrait être une belle occasion de stimuler les dynamiques locales, tant sanitaires que territoriales.

### Les bénéficiaires du régime minier

D'après le Ministère des Affaires sociales, on dénombrait en France en 2002 un peu moins de 280 000 bénéficiaires de la Sécurité sociale dans les Mines. Les mêmes sources indiquaient que le Nord - Pas-de-Calais en comptait 106 103 soit 2,65 % des assurés sociaux (moyenne française 0,48 %). La sur-représentation du régime minier dans la région est donc notable. Pour autant, le régime minier ne se place qu'au quatrième rang, derrière le régime général bien sûr (87,80 %), la Mutualité Sociale Agricole (3,71 %) et le régime des indépendants, régime dit des *Non-non* (3,53 %). Le département du Pas-de-Calais atteint pour sa part l'une des plus hautes valeurs avec 5,05 %. Le poids de la Sécurité sociale dans les Mines y demeure par conséquent certain mais très minoritaire.

En 2004, d'après les données provenant des Sociétés de Secours Minières du Nord et du Pas-de-Calais, le Bassin minier compte 76 786 bénéficiaires, soit 87,34 % du total régional. Cette concentration est bien sûr très dépendante de la faible mobilité résidentielle de cette population, peu susceptible de changer de domicile en raison de son âge moyen et des opportunités offertes par les logements issus de la mine.

Les ayants droit sont inégalement répartis sur le territoire du Bassin minier. Les effectifs varient dans un rapport de 1 à 5. Trois situations type sont identifiables.

A l'est, les Communautés d'Agglomération de Valenciennes et de la Porte du Hainaut comptent peu de bénéficiaires : 8,1 % pour 18,2 % de la population pour l'une et 6,5 % pour 13,4 % du poids démographique du Bassin minier pour la seconde.

Au centre, dans la C. A. du Douaisis mais aussi dans celle de l'Artois à l'extrême ouest, la présence minière équivaut au poids de la population.

A l'ouest, la C. A. de Lens-Liévin (et dans une moindre mesure celle d'Hénin-Carvin) atteint 36,4 % de bénéficiaires du régime minier, soit encore l'équivalent de 11,2 % de la population totale de cette communauté d'agglomération.

A une échelle plus fine, les contrastes entre communes sont d'autant plus marqués que la présence moyenne de bénéficiaires dans les C. A. est faible.

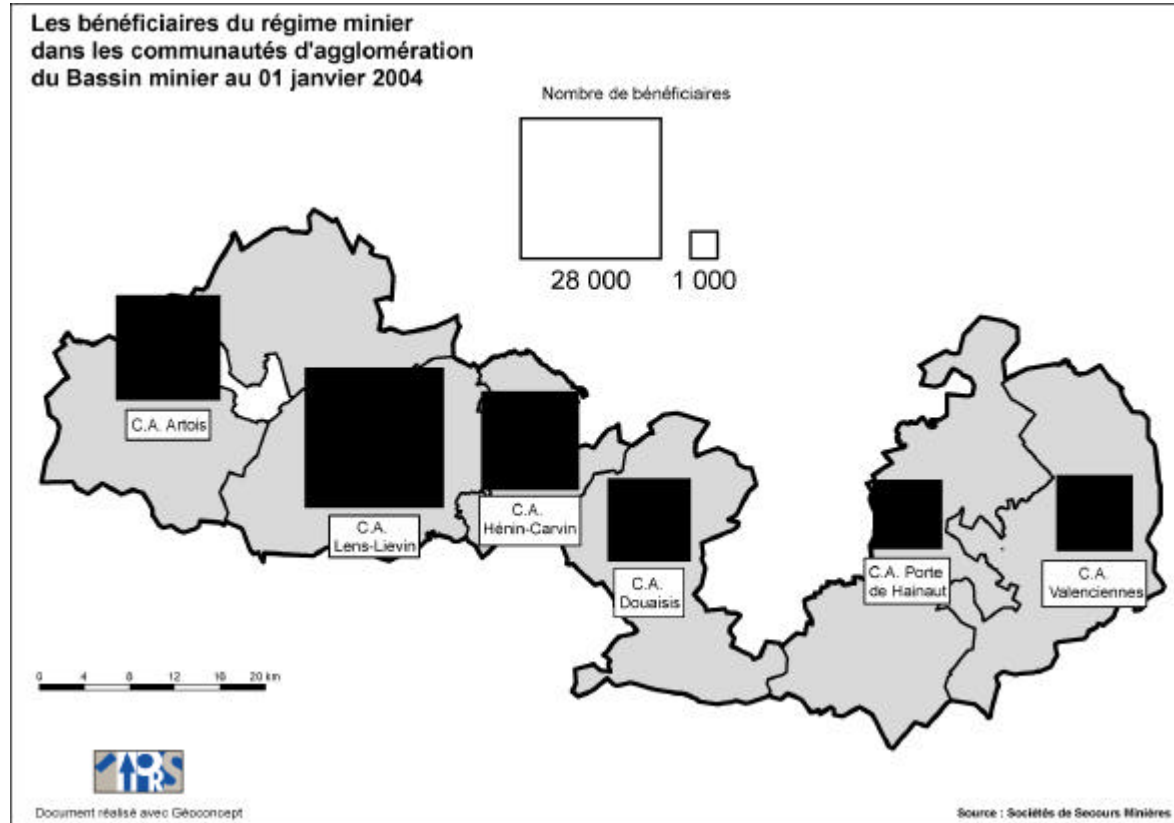
Tableau A : Les bénéficiaires des principaux régimes de sécurité sociale en 2002 en France métropolitaine, dans la région Nord - Pas-de-Calais et les départements

Appellation du régime de Sécurité sociale		Général	Agricole	Non Non	Minier	Autres
Caisse nationale		CNAMTS	MSA	CANAM	CANSSM	-
France Métropolitaine	Nb	49442717	4152714	2864259	279117	2007840
	%	84,16	7,07	4,88	0,48	3,42
Nord Pas-de-Calais	Nb	3512088	148479	141050	106103	92583
	%	87,80	3,71	3,53	2,65	2,31
Nord	Nb	2330603	72478	88274	34448	55706
	%	90,28	2,81	3,42	1,33	2,16
Pas-de-Calais	Nb	1181485	76001	52776	71655	36877
	%	83,27	5,36	3,72	5,05	2,60

Source: DREES, Ministère des Affaires sociales.



Carte A :



Carte B :

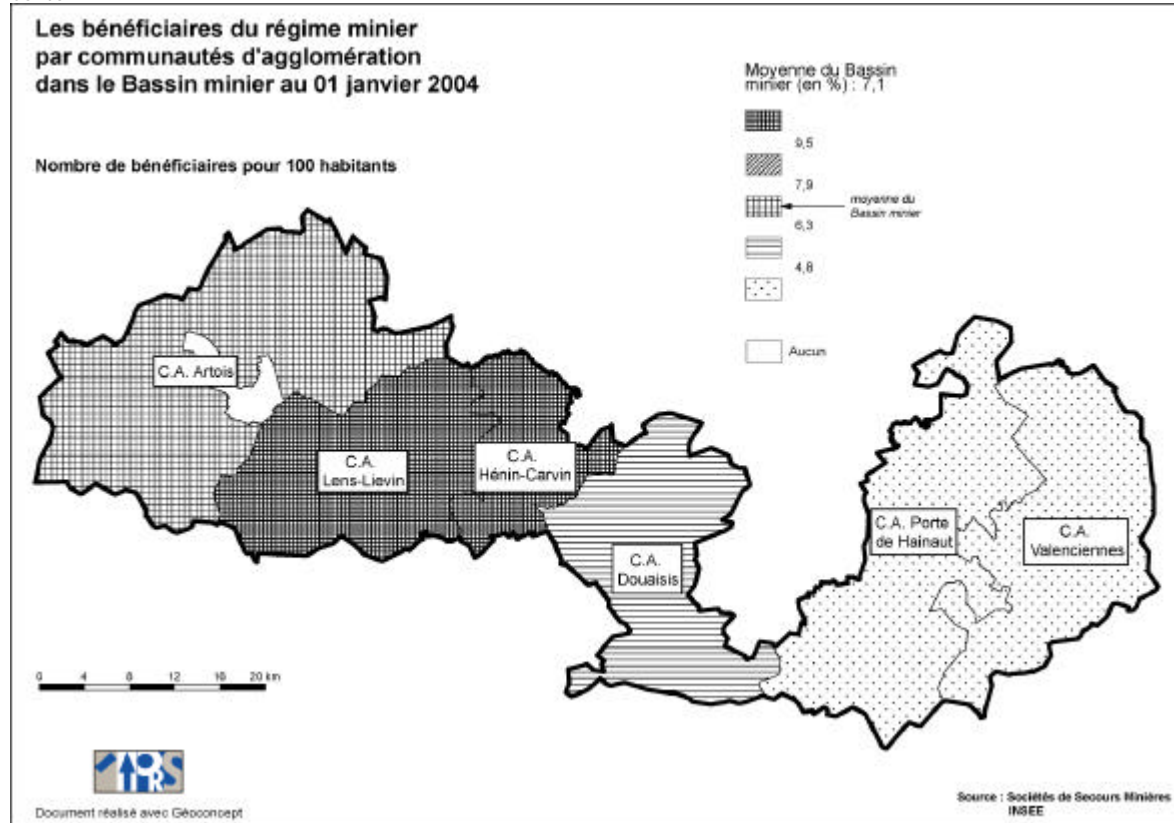


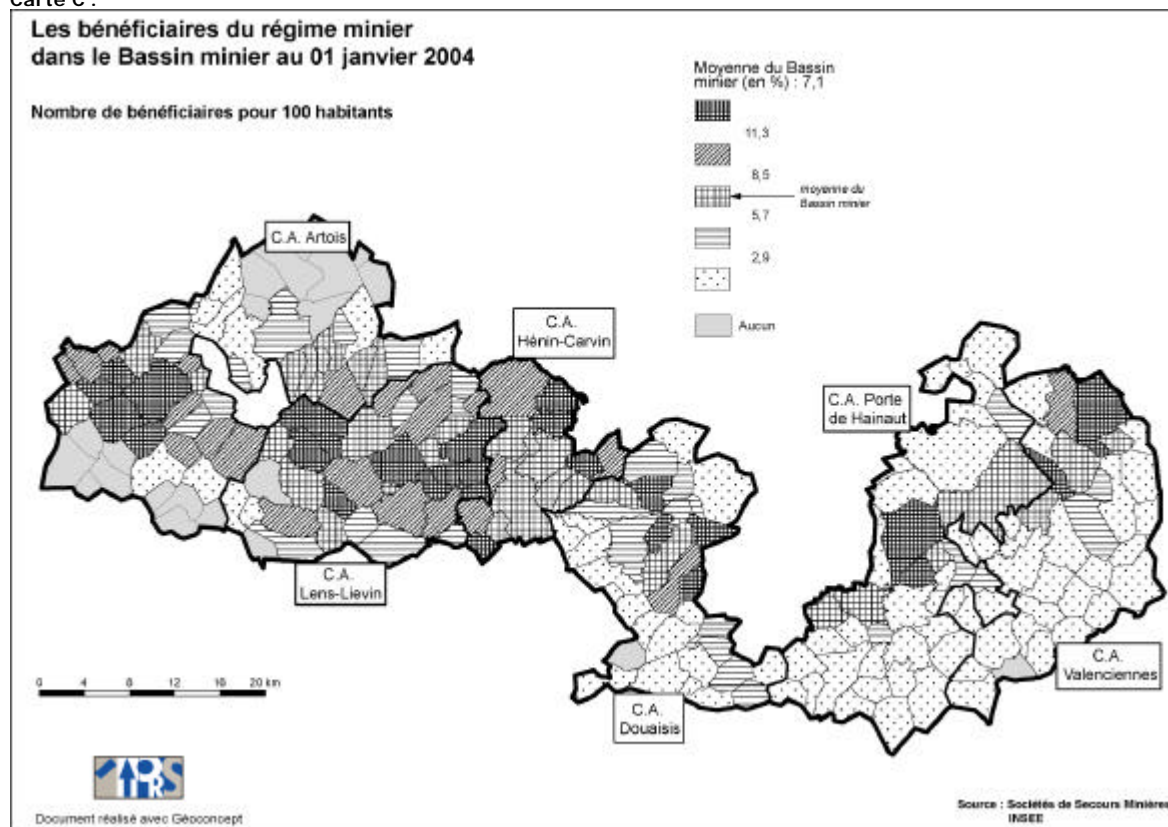


Tableau B : Bénéficiaires du régime minier (2004) et population (1999)

	Bénéficiaires du régime minier 2004		Population 1999	
	Nombre	%	Nombre	%
C. A. de la Porte de Hainaut	5 002	6,5	143 757	13,4
C. A. de Valenciennes	6 216	8,1	195 986	18,2
C. A. du Douaisis	9 424	12,3	153 932	14,3
C. A. d'Hénin - Carvin	12 836	16,7	125 322	11,7
C. A. de l'Artois	15 341	20	205 869	19,1
C. A. de Lens - Liévin	27 967	36,4	250 180	23,3
<b>Ensemble des C. A. du Bassin minier</b>	<b>76 786</b>	<b>100</b>	<b>1075046</b>	<b>100</b>
C. A. hors Bassin minier	11 128	-	2 920 825	-
<b>Région</b>	<b>87 914</b>	<b>-</b>	<b>3 995 871</b>	<b>-</b>

Source : CANSSM, INSEE.

Carte C :



## L'offre de soins en 2004

Les œuvres du régime minier, susceptibles de contribuer à l'offre de ville (cabinets dentaires, pharmacies, centres de médecine générale et centres de médecine spécialisée) se situent à proximité des plus fortes concentrations de bénéficiaires. L'ouest du Bassin minier est donc le plus doté alors que ses communautés d'agglomération ne disposent pas aujourd'hui d'un solide encadrement sanitaire libéral. Ceci est particulièrement vrai et constitue de réelles "opportunités", tant en médecine générale qu'en médecine spécialisée.

Tableau C : L'offre de soins du régime minier

	Cabinets dentaires		Pharmacies		Centres de médecine générale		Centres de médecine spécialisée	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
C. A. de la Porte de Hainaut	-	-	4	13	15	8	-	-
C. A. de Valenciennes	2	11	3	9	15	8	1	8
C. A. d'Hénin - Carvin	2	11	4	13	24	12	2	17
C. A. du Douaisis	2	11	4	13	18	9	3	25
C. A. de l'Artois	4	22	8	25	51	26	2	17
C. A. de Lens - Liévin	8	44	9	28	73	37	4	33
<b>Ensemble du Bassin minier</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	<b>196</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Ensemble des C. A. hors Bassin minier	2	-	4	-	40	-	-	-
<b>Région</b>	<b>20</b>	<b>-</b>	<b>36</b>	<b>-</b>	<b>236</b>	<b>-</b>	<b>12</b>	<b>-</b>

Source : SSM, CANSSM.

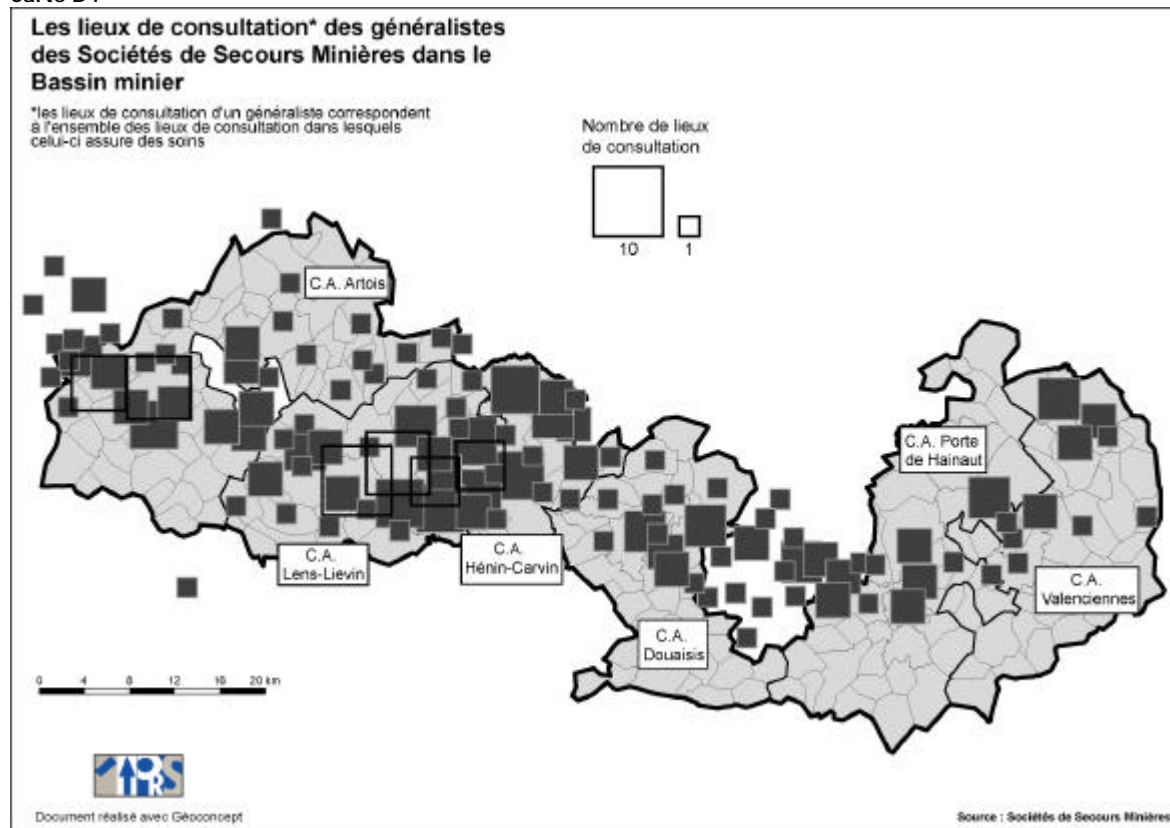
#### LES CENTRES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

En 2004 la Société de Secours Minière du Pas-de-Calais emploie 69 médecins à temps complet et celle du Nord, 7 médecins à temps partiel et 29 à temps complet.

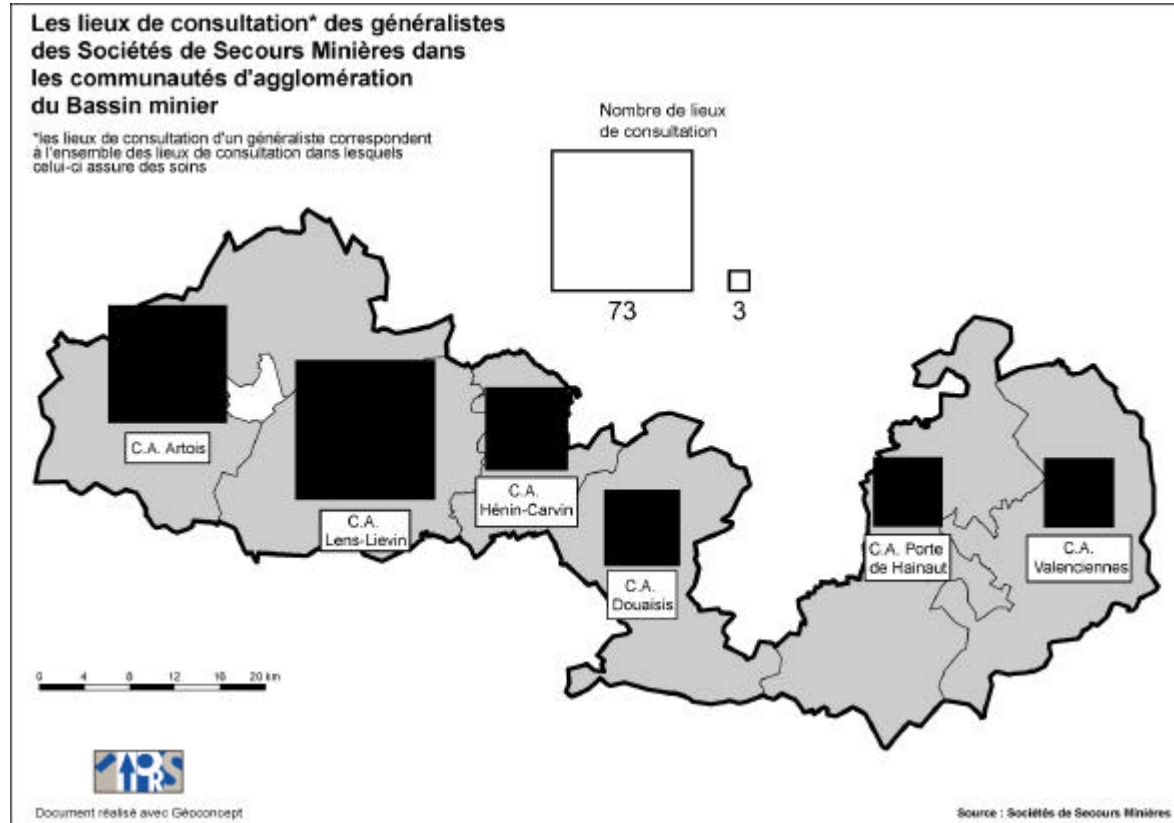
Les lieux de consultation des médecins de la SSM sont nombreux (196 dans le Bassin minier) et à première vue, largement répartis sur l'ensemble du territoire. L'offre de consultations en médecine générale est cependant plus forte dans le centre et l'extrême ouest du Bassin minier. Cette localisation est à signaler puisque ces communautés d'agglomération comptent un nombre de généralistes libéraux par rapport à la population nettement en deçà de la moyenne du Bassin minier et de la région. L'opportunité de complémentarités locales s'offre donc.

La dispersion des sites sur les C. A. de l'Artois, de Lens-Liévin et d'Hénin-Carvin assure *a priori* une bonne accessibilité à la clientèle que l'on sait moins mobile et moins motorisée que celle de l'ensemble du territoire. Pour leur part la potentialisation des sites présents dans les C. A. de Valenciennes et de la Porte du Hainaut pourrait être atteinte par l'intégration des structures à des réseaux locaux, formels comme informels, ainsi que par des actions de communication en direction des populations locales et des professionnels de santé dans leur ensemble ou encore par des contacts avec les régies de transports urbains.

Carte D :



Carte E :



Carte F :

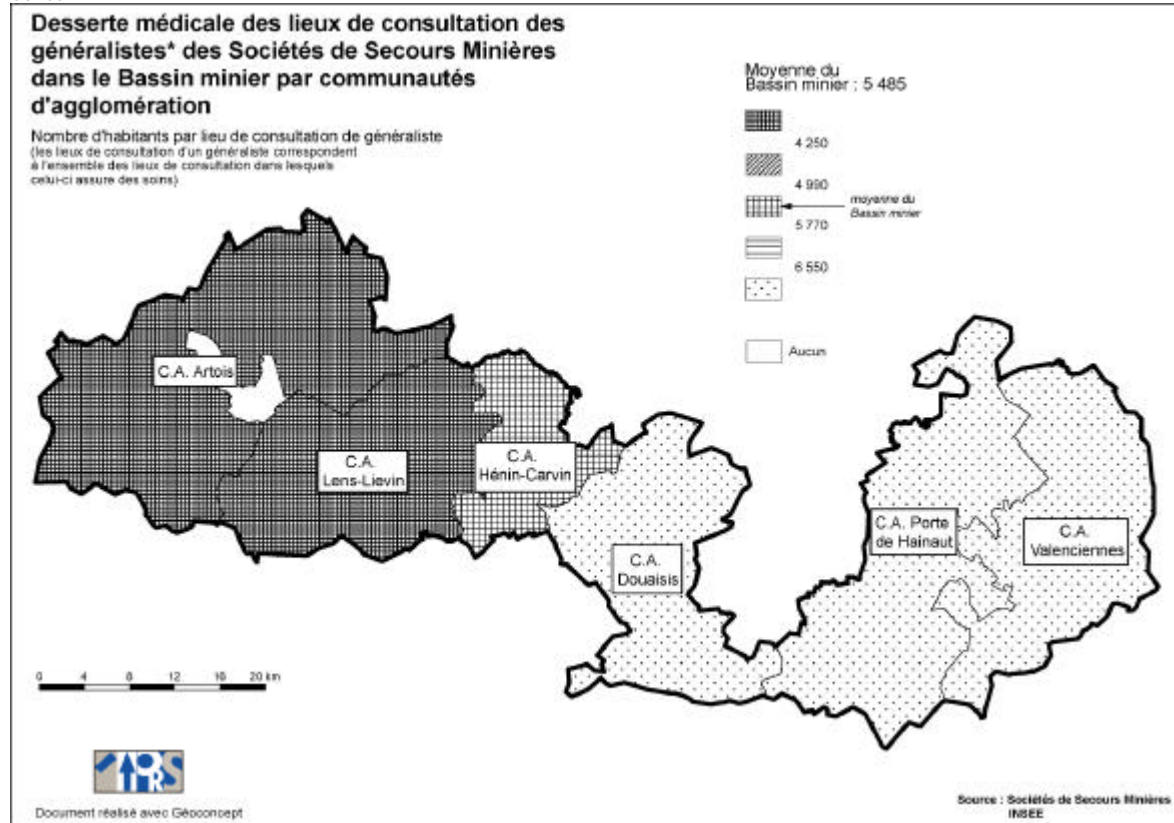


Tableau D : Les consultations de médecine générale : offre et desserte potentielle

	Nombre de lieux de consultation	Nombre d'habitants par lieu de consultation de généraliste*
C. A. de la Porte de Hainaut	15	9584
C. A. de Valenciennes	15	13066
C. A. du Douaisis	18	8552
C. A. d'Hénin - Carvin	24	5222
C. A. de l'Artois	51	4037
C. A. de Lens - Liévin	73	3427
<b>Ensemble des C. A. du Bassin minier</b>	<b>196</b>	<b>5375</b>
Ensemble des C. A. hors Bassin minier	40	-
Région	236	-

\*Les lieux de consultation d'un généraliste correspondent à l'ensemble des lieux de consultation dans lesquels celui-ci assure des soins

Source : SSM, CANSSM, INSEE.

#### LES CENTRES DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

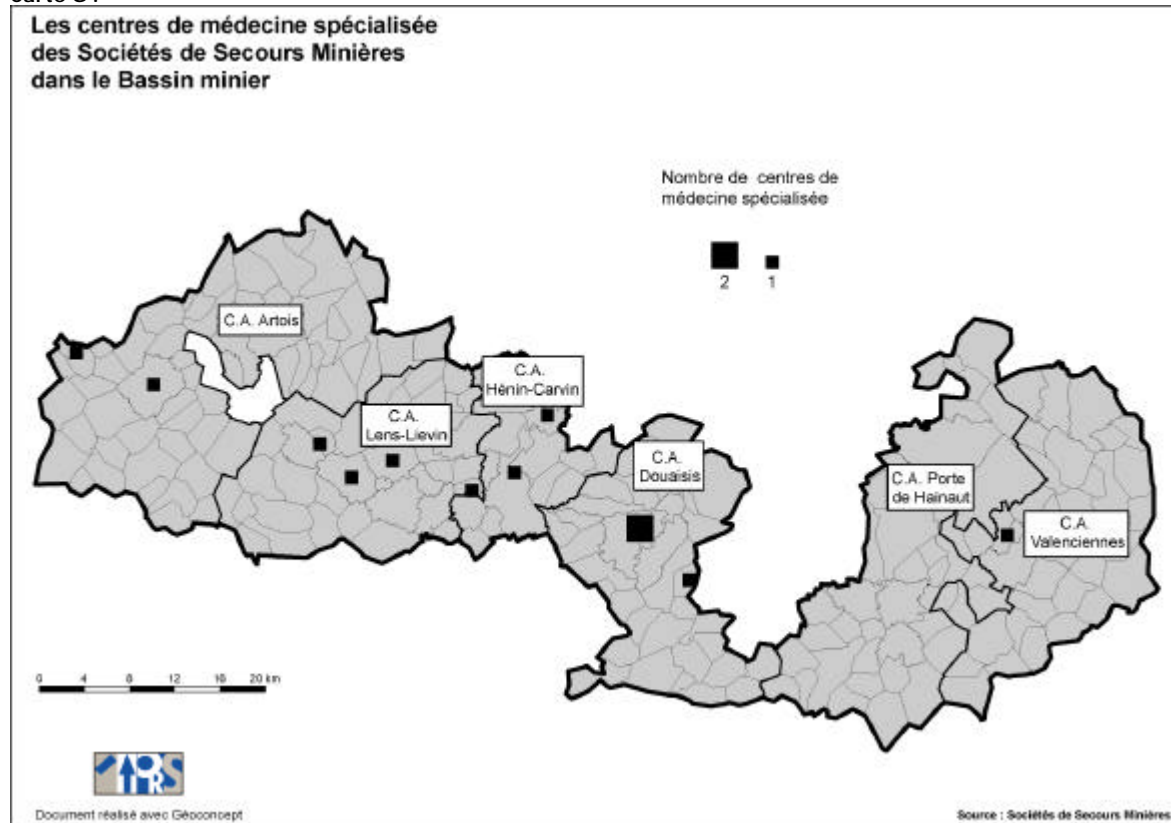
Les consultations de médecine spécialisée sont actuellement assurées par des médecins intervenant très souvent à temps partiel. 50 interviennent pour la SSM du Nord et 143 pour celle du Pas-de-Calais.

Comme toujours, dans le cas de la médecine spécialisée, les soins dispensés le sont dans des sites prévus à cet effet et disposant des matériels diagnostiques ou thérapeutiques nécessaires. On en compte actuellement 12 qui se trouvent pour l'essentiel dans la C. A. de Lens-Liévin (4) et la C. A. du Douaisis (3). Vers l'est, l'offre est plus réduite : la C. A. de la Porte du Hainaut n'en compte aucun. Ne relevant pas des soins de proximité, l'implantation de ces sites dans la partie centrale du territoire est, dans une certaine mesure, la marque d'une optimisation sans doute voulue de l'accessibilité des sites.

Toutefois, les consultations de médecine spécialisée n'ont pas uniquement lieu dans ces centres où diverses activités sont assurées. La desserte potentielle moyenne pour l'ensemble du Bassin minier est d'une consultation pour 464 habitants ; ce qui est loin d'être négligeable, surtout dans un contexte d'offre libérale aussi réduite. Ici encore l'opposition entre les C. A. du Pas-de-Calais et celles du Nord est très marquée.

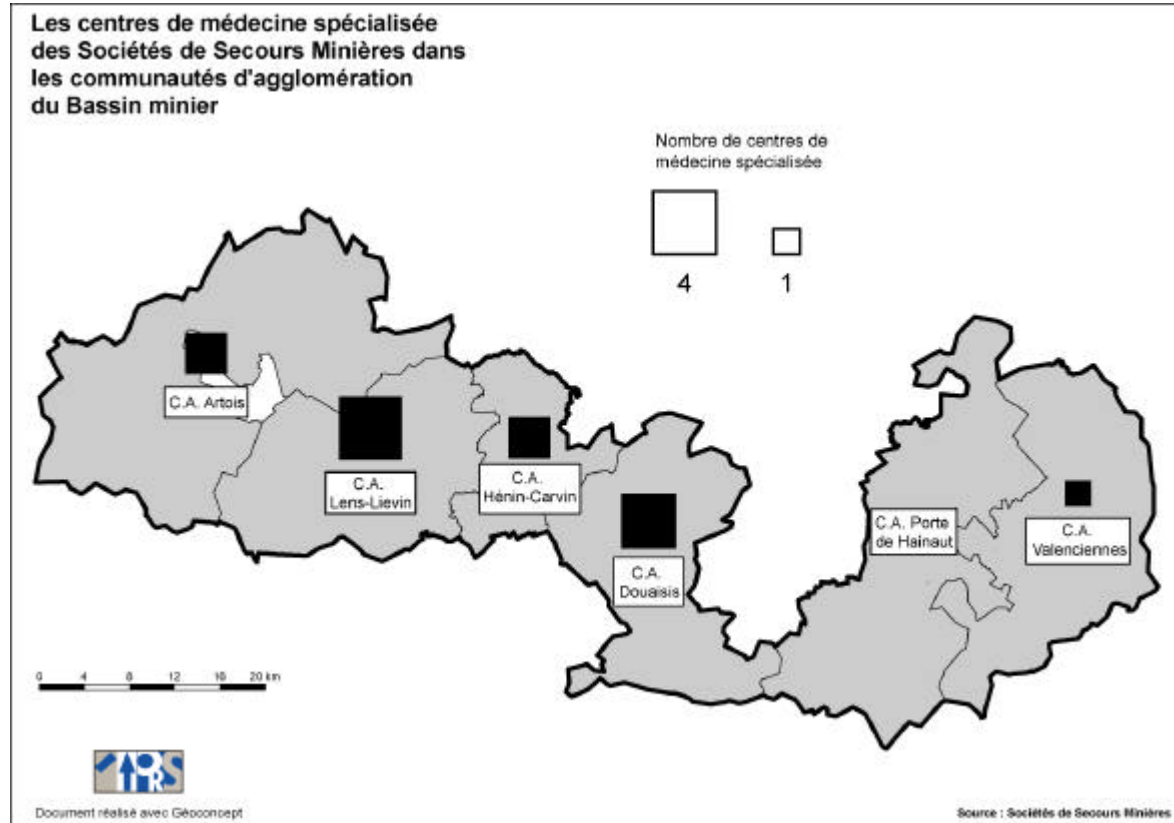
Les implantations et les infrastructures minières représentent donc une réelle opportunité pour l'ensemble de la population du Bassin minier et de ses alentours.

Carte G :

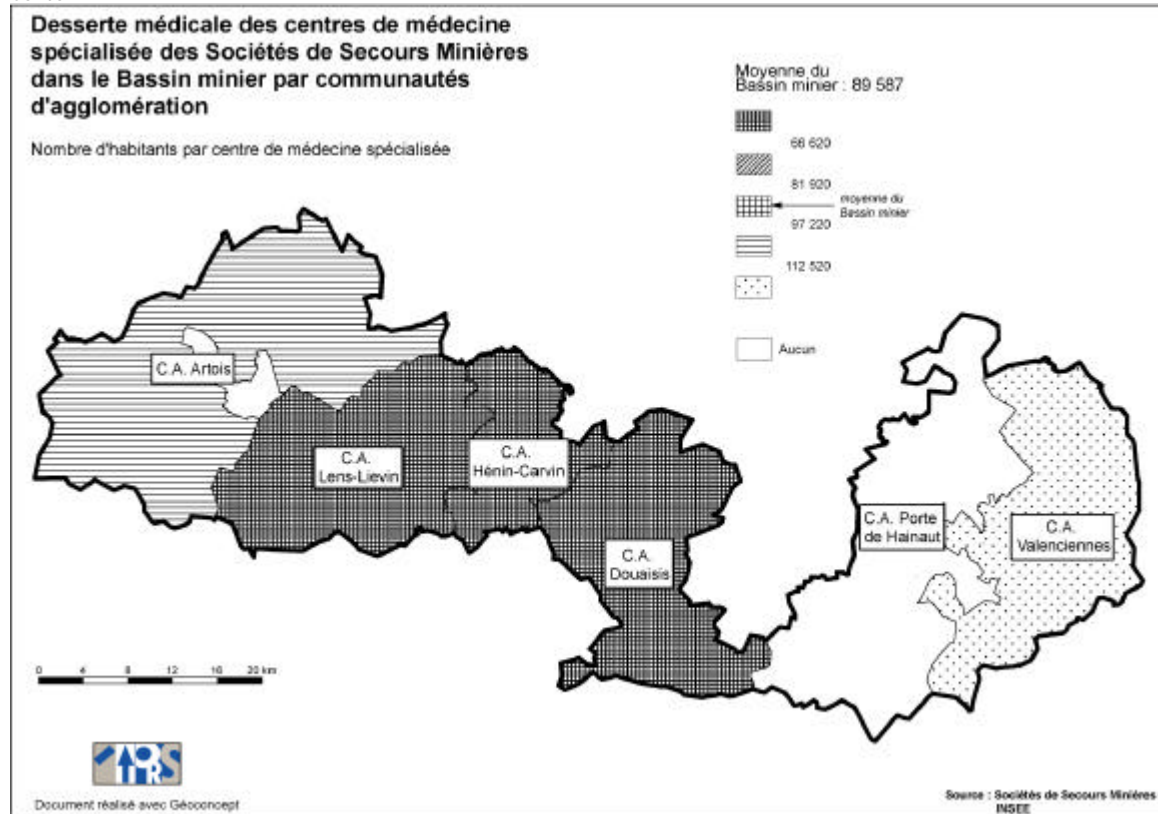




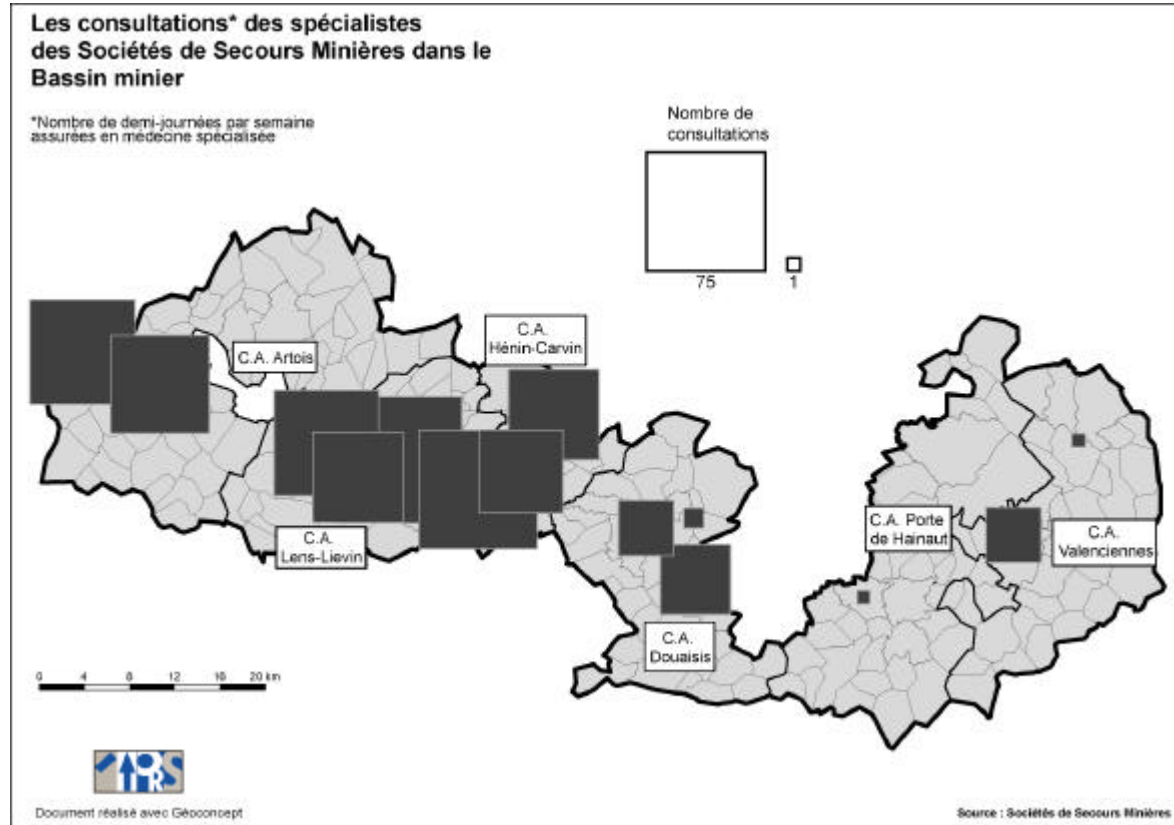
Carte H :



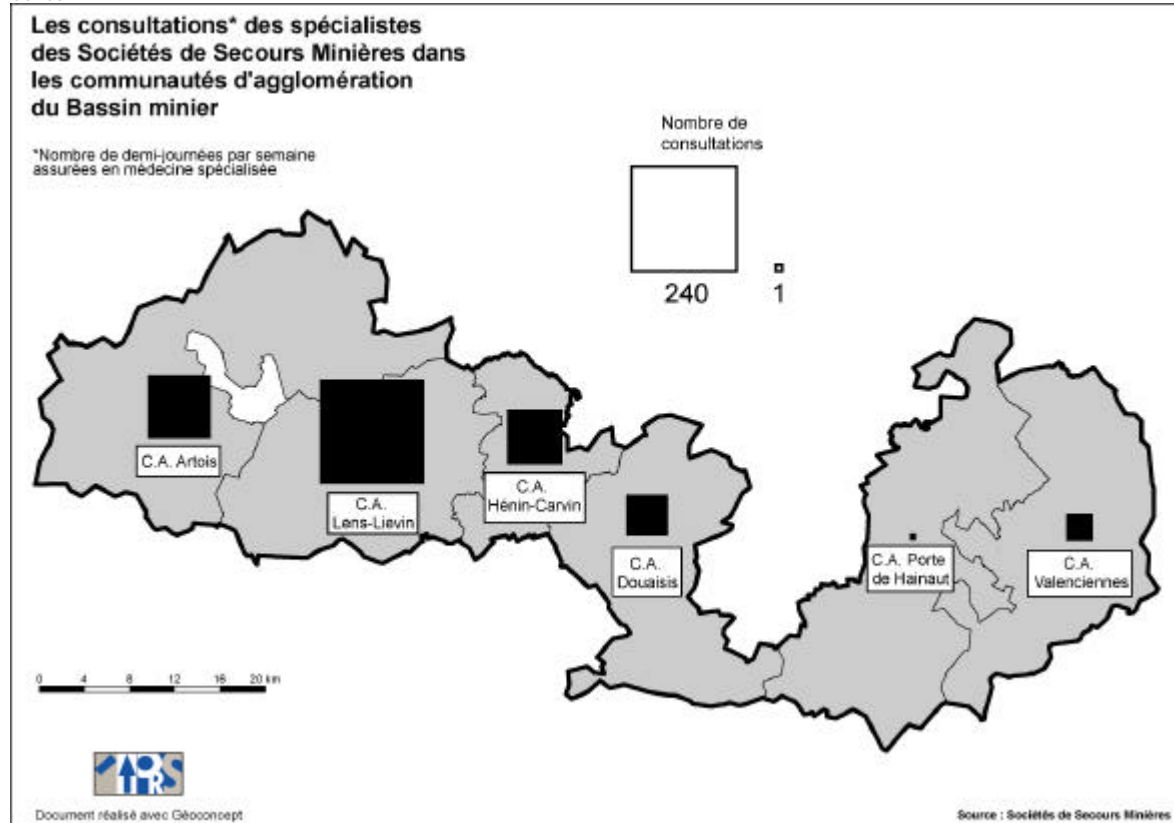
Carte I :



Carte J :



Carte K :



Carte L :

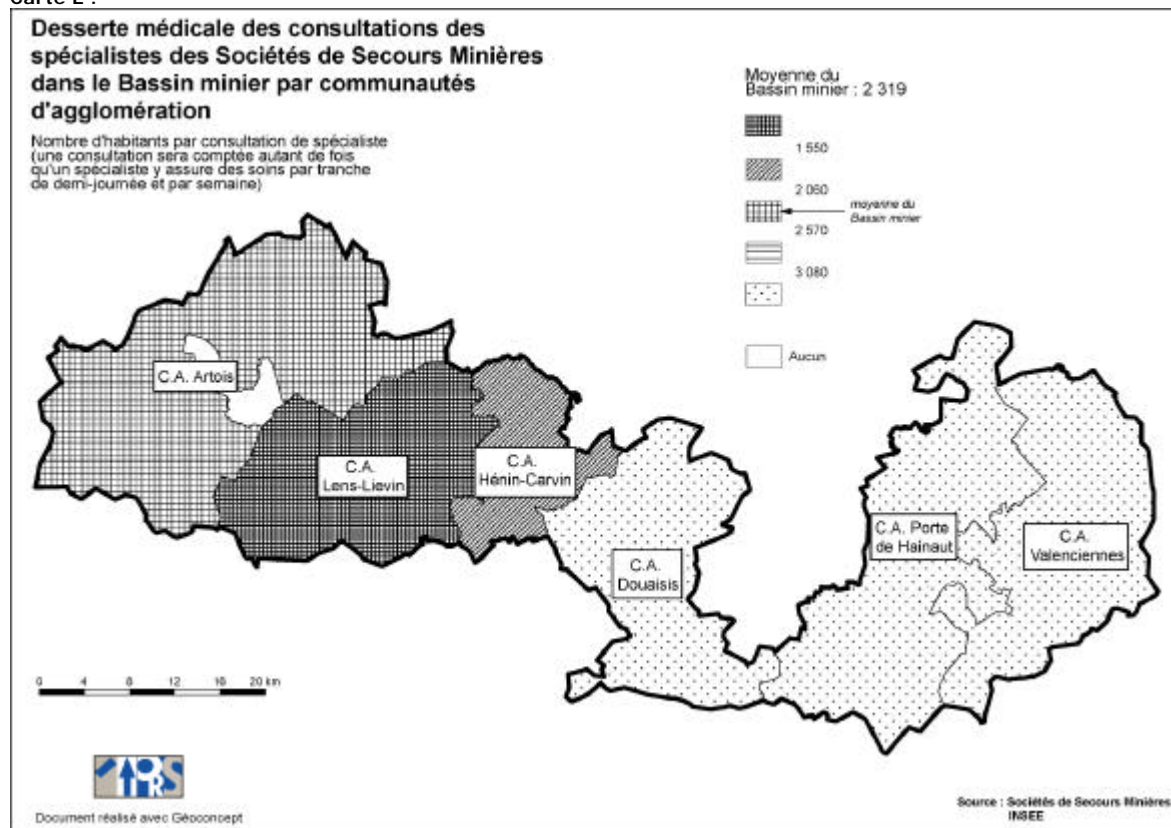


Tableau E : Les centres de médecine spécialisée : offre et desserte potentielle

	Nombre de centres de médecine spécialisée	Nombre d'habitants / centre de médecine
C. A. de la Porte de Hainaut	-	-
C. A. de Valenciennes	1	195986
C. A. d'Hénin - Carvin	2	62661
C. A. du Douaisis	3	51311
C. A. de l'Artois	2	102935
C. A. de Lens - Liévin	4	62545
<b>Ensemble des C. A. du Bassin minier</b>	<b>12</b>	<b>89587</b>
Ensemble des C. A. hors Bassin minier	-	-
<b>Région</b>	<b>12</b>	<b>-</b>

Source : SSM, CANSSM, INSEE.

Tableau F : Les consultations de médecine spécialisée : offre et desserte potentielle

	Nombre de consultations	Nombre d'habitants/consultation de spécialiste*
C. A. de la Porte de Hainaut	1	143757
C. A. de Valenciennes	16	12249
C. A. du Douaisis	40	3848
C. A. d'Hénin - Carvin	70	1803
C. A. de l'Artois	97	2128
C. A. de Lens - Liévin	240	1041
<b>Ensemble des C. A. du Bassin minier</b>	<b>464</b>	<b>2319</b>
Ensemble des C. A. hors Bassin minier	3	-
Région	467	-

\* une consultation est décomptée autant de fois qu'un spécialiste y assure des soins par tranche de demi-journée et par semaine

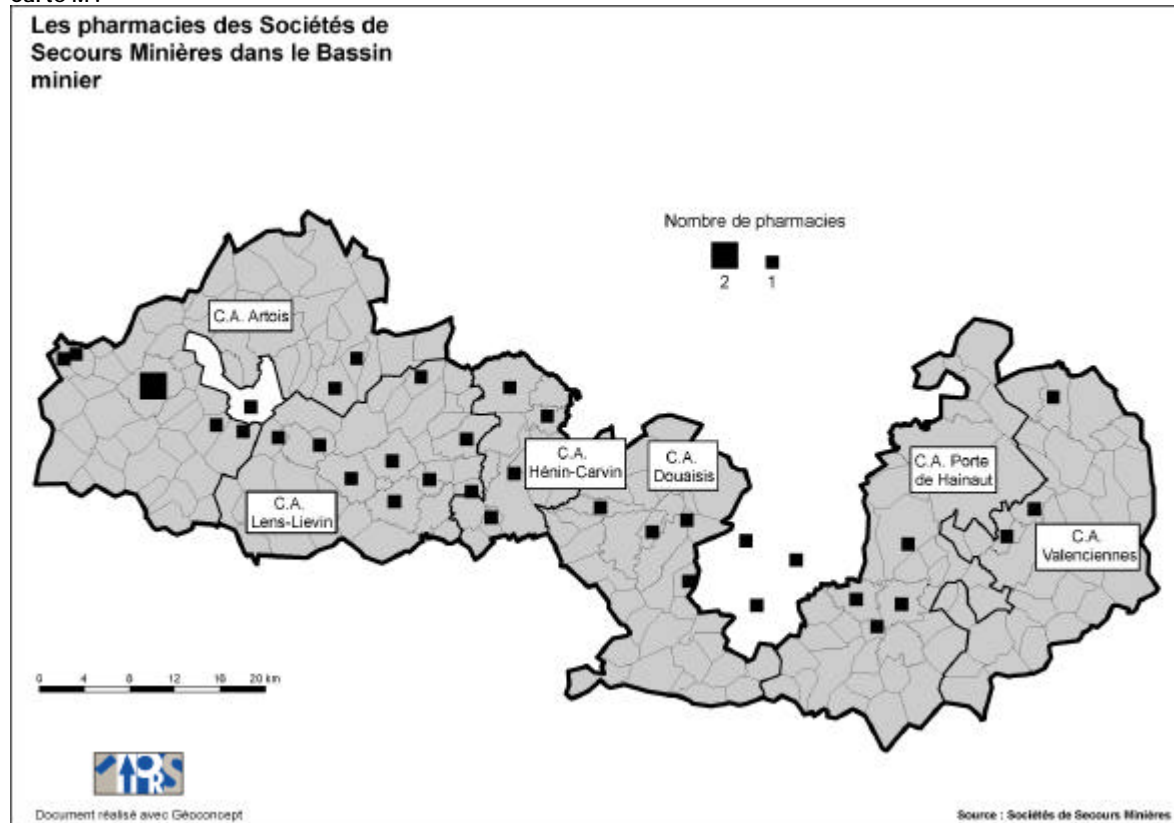
Source : SSM, CANSSM, INSEE.

### LES PHARMACIES

Les pharmacies des SSM sont au nombre de 32 et relativement bien réparties sur le territoire. L'accessibilité semble donc bonne, bien que n'atteignant pas celle des centres de médecine générale.

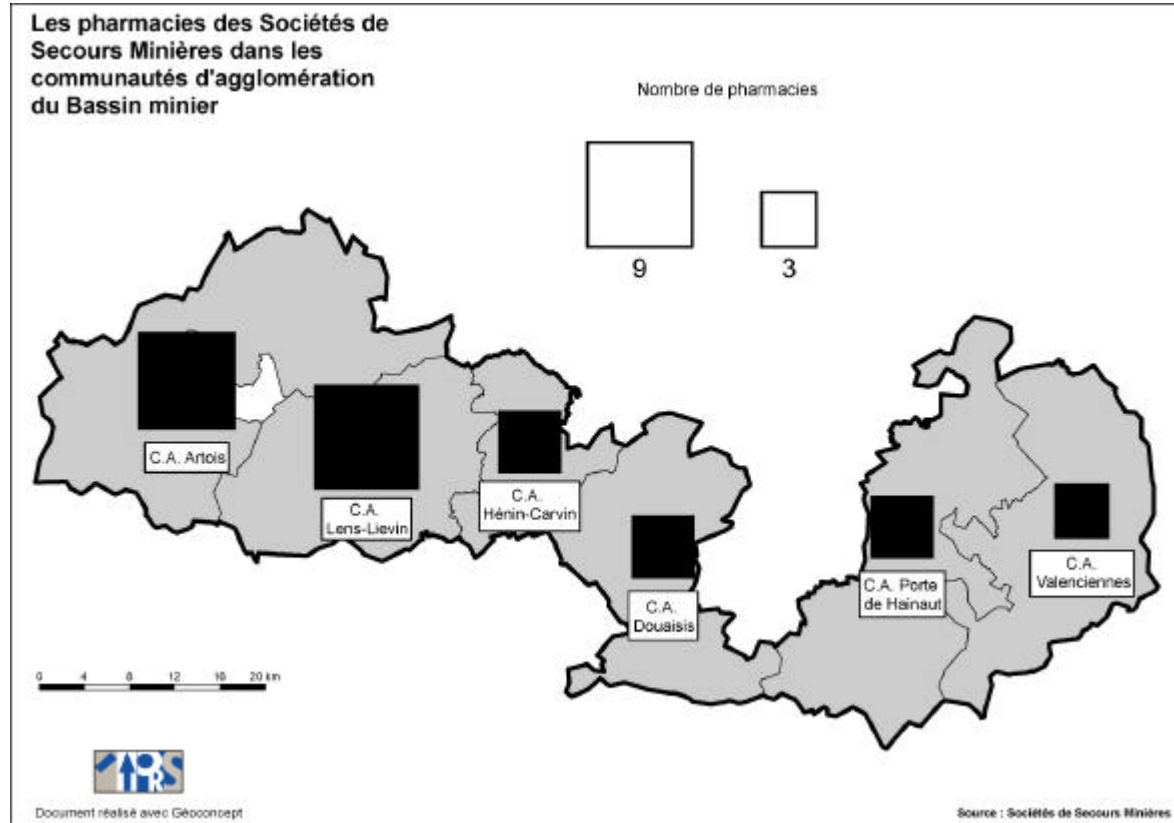
L'ouest du Bassin minier est davantage doté en pharmacies que l'est (surtout dans la C. A. de Lens-Liévin). Dans la C. A. de l'Artois, l'offre est plus concentrée. En effet, 2 pharmacies se concentrent sur Nœux-les-Mines et les 3 autres sont proches de la C. A. de Lens-Liévin.

Carte M :





Carte N :



Carte O :

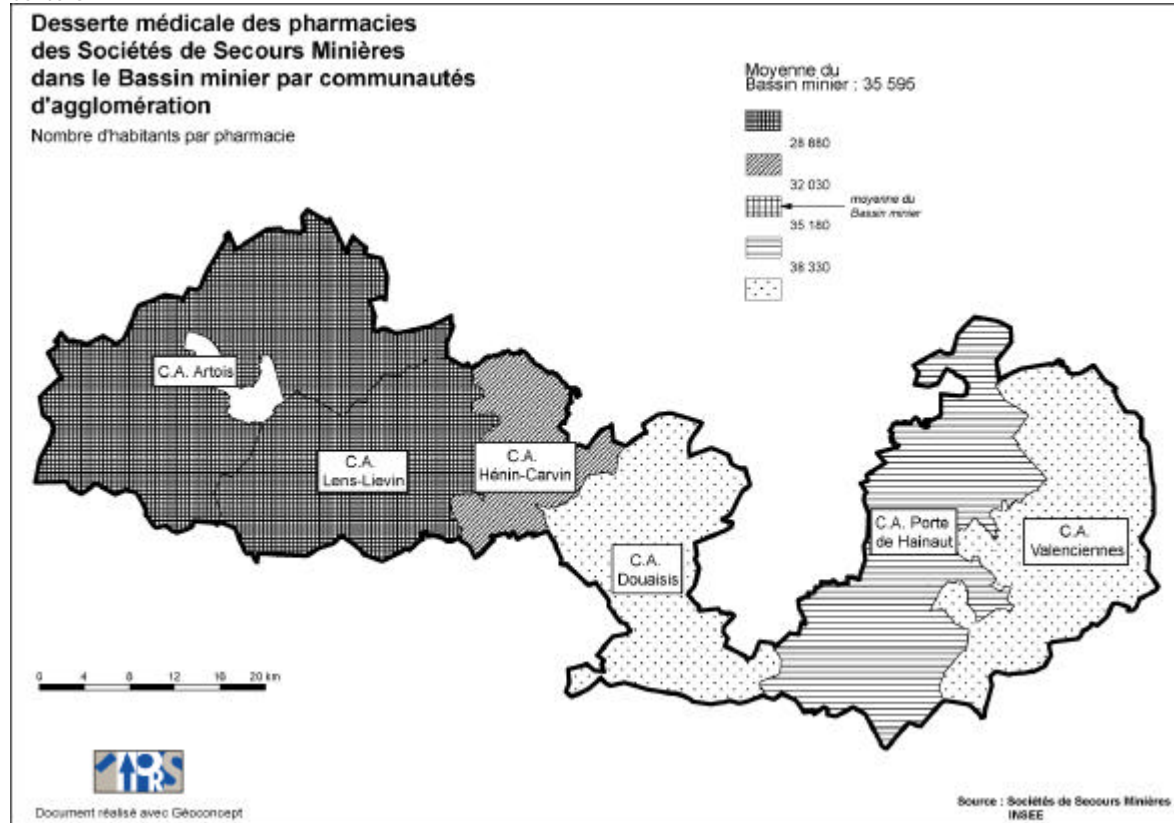


Tableau G : Les pharmacies : offre et desserte potentielle

	Nombre de pharmacies	Nombre d'habitants / pharmacie
C. A. de la Porte de Hainaut	4	35939
C. A. de Valenciennes	3	65329
C. A. d'Hénin - Carvin	4	31331
C. A. du Douaisis	4	38483
C. A. de l'Artois	8	25734
C. A. de Lens - Liévin	9	27798
Ensemble des C. A. du Bassin minier	32	33595
Ensemble des C. A. hors Bassin minier	4	-
Région	36	-

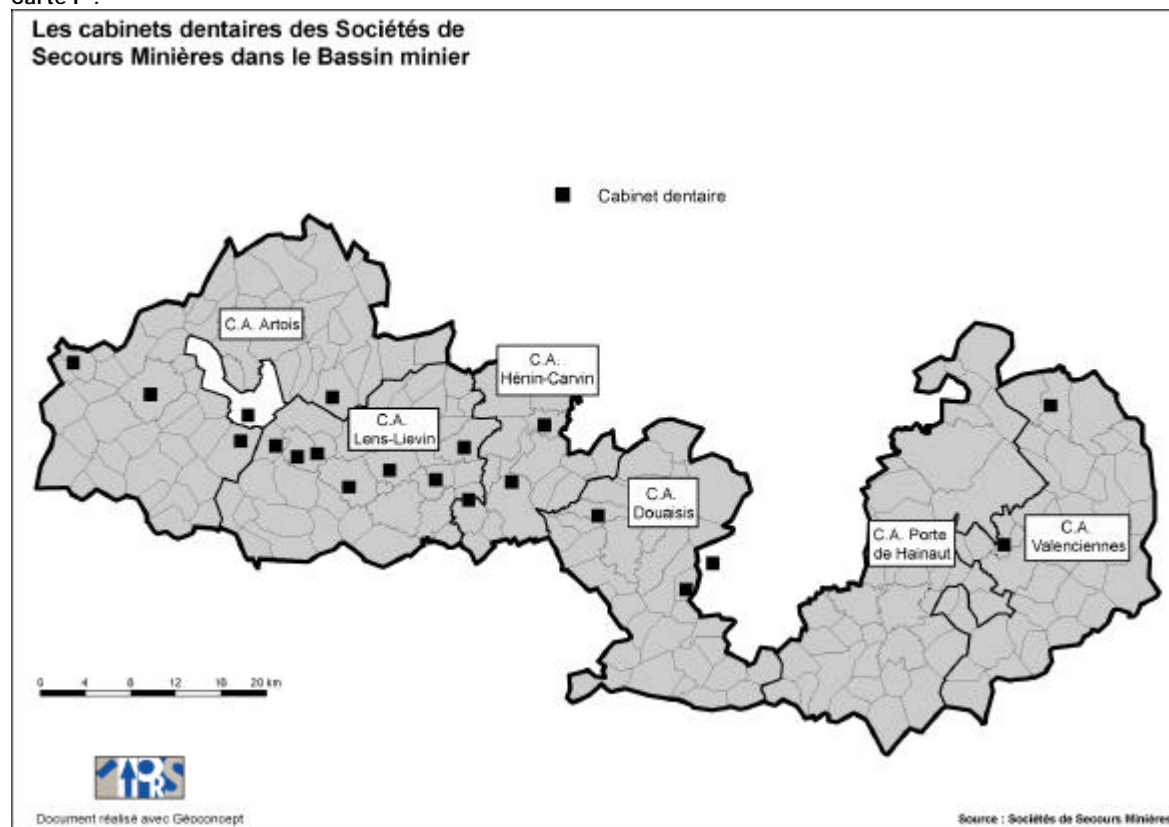
Source : SSM, CANSSM, INSEE.

#### LES CABINETS DENTAIRES

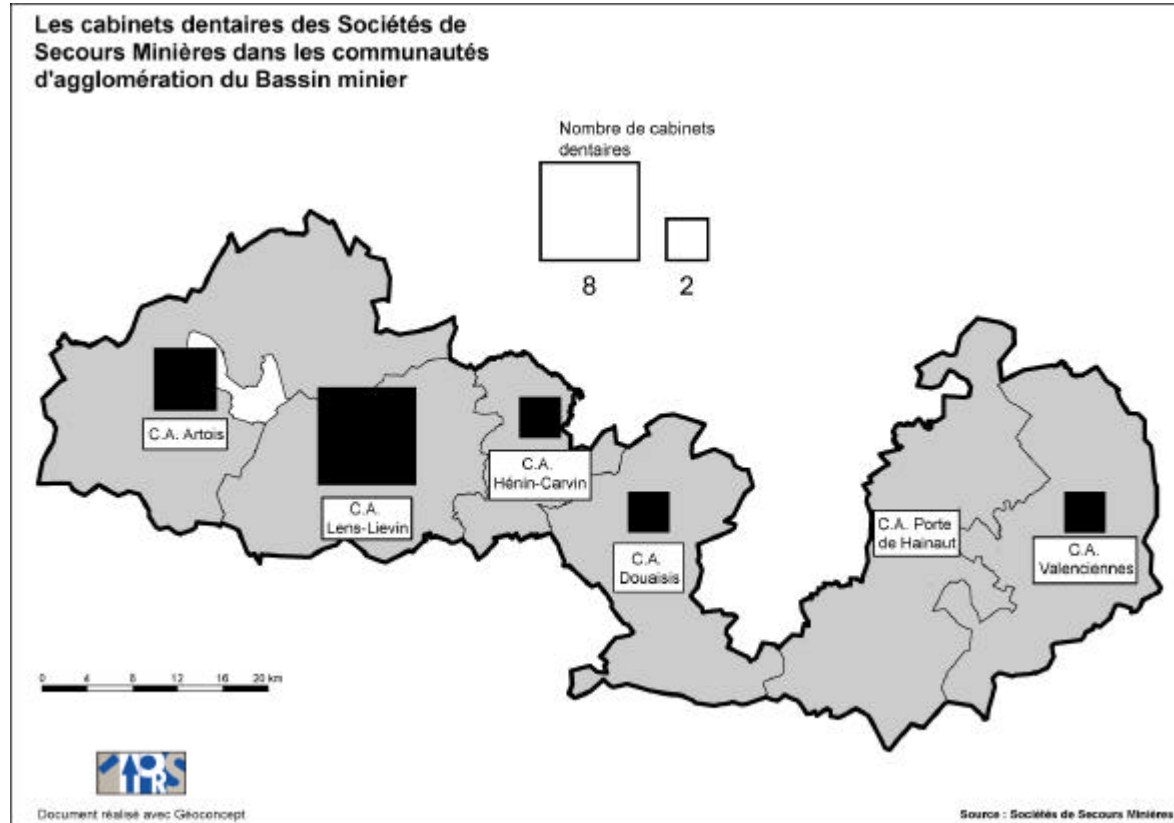
Les cabinets dentaires sont relativement peu nombreux dans la région. Il en existe 20 dans le Nord – Pas-de-Calais, dont 18 dans le seul Bassin minier. La C. A. de Lens-Liévin en compte à elle seule 8 tandis que la C. A. de la Porte du Hainaut en est dépourvue.

La desserte médicale potentielle, c'est-à-dire le nombre d'habitants par cabinet, est notable pour la C. A. de Lens-Liévin mais l'offre ne peut être qu'anecdotique pour les C. A. du Douaisis, de Valenciennes et de la Porte du Hainaut.

Carte P :



Carte Q :



Carte R :

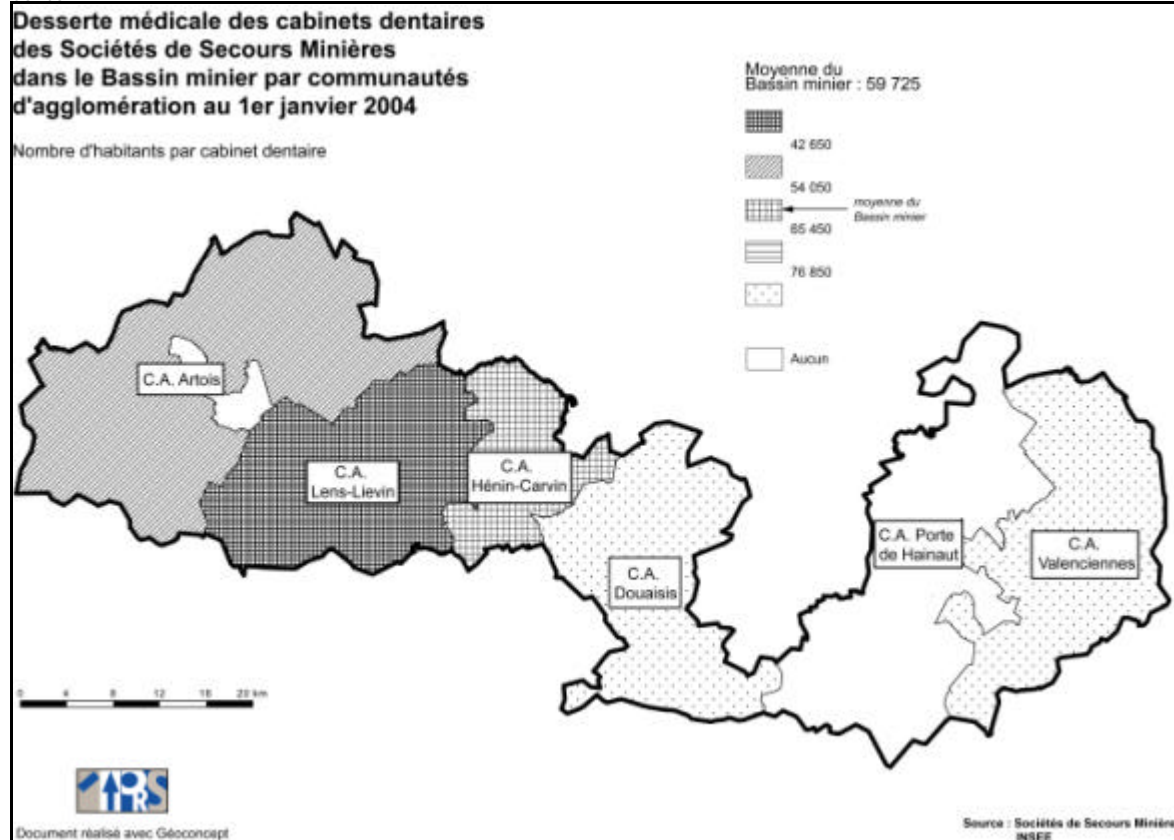


Tableau H : Tableau 8 : Les cabinets dentaires : offre et desserte potentielle

	Nombre de cabinets dentaires	Nombre d'habitants / cabinet dentaire
C. A. de la Porte de Hainaut	-	-
C. A. de Valenciennes	2	97993
C. A. d'Hénin - Carvin	2	62661
C. A. du Douaisis	2	76966
C. A. de l'Artois	4	51467
C. A. de Lens - Liévin	8	31273
Ensemble des C. A. du Bassin minier	18	59725
Ensemble des C. A. hors Bassin minier	2	-
Région	20	-

Source : SSM, CANSSM et INSEE.

## **Décret n°2004-1172 du 2 novembre 2004 modifiant le décret n°46-2769 du 27 novembre 1946 portant sur l'organisation de la sécurité sociale des mines (extrait)**

### TITRE XI. ORGANISATION SANITAIRE, MÉDICO-SOCIALE ET SOCIALE

#### CHAPITRE IER. GESTION DES ŒUVRES

Art. 225. - Chaque œuvre, service et établissement sanitaire, médico-social et social est doté d'un budget propre comportant l'ensemble des charges et des produits liés au fonctionnement de la structure selon les modalités déterminées par la Caisse autonome nationale. Dans le cas où le budget de fonctionnement n'est pas équilibré, la structure peut être conservée sur décision du conseil d'administration de la Caisse autonome nationale après avis de la caisse régionale et, selon la nature de la structure, des services déconcentrés compétents en la matière et, le cas échéant, de l'agence régionale de l'hospitalisation, si l'offre de soins au plan local n'est pas à même de répondre aux besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la population.

Dans le cas de réseaux de santé, visés à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique, l'équilibre budgétaire s'entend globalement et non par oeuvre ou par établissement.

Art. 226. - La gestion des établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux et des services d'aides ménagères peut être confiée à des structures constituées avec d'autres organismes au sein de groupements de coopération sanitaire, groupements d'intérêt économique, groupements d'intérêt public, d'associations.

#### CHAPITRE II. CENTRES DE SANTÉ ET RÉSEAUX DE SANTÉ

Art. 227. - Les caisses régionales peuvent constituer des centres de santé tels que définis à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique.

La décision de déposer une demande d'agrément prévue à l'article L. 6323-1 du code précité est prise par le conseil d'administration de la caisse régionale responsable de la gestion du centre de santé après approbation du conseil d'administration de la Caisse autonome nationale.

Dès l'obtention de l'agrément, la caisse régionale adhère à l'accord national pris en application de l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale régissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les centres de santé.

Après adhésion, les dispositions des articles D. 162-22 à D. 162-24 du code de la sécurité sociale sont applicables aux centres de santé.

Art. 228. - Le conseil d'administration des caisses régionales peut décider, après accord de la Caisse autonome nationale, de la constitution de réseaux de santé, tels que prévus à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique.

Ces réseaux peuvent, conformément à l'article L. 6321-2 du code précité, se constituer en groupements de coopération sanitaire, groupements d'intérêt économique, groupements d'intérêt public ou associations.

Les dispositions des articles R. 162-59 à R. 162-68 du code de la sécurité sociale leur sont applicables.

Art. 229. - Les centres de santé miniers, outre les activités définies à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, ont pour mission de développer, dans le cadre des réseaux de santé, des actions à caractère médical et social, notamment orientées vers la prise en charge des personnes âgées.

Ils relèvent des dispositions des articles L. 162-31, L. 162-32 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale.

Art. 230. - Pour l'exercice de leurs missions, les organismes visés à l'article 10 peuvent se grouper en unions ou en fédérations en vue de mutualiser ou de créer des oeuvres ou des services d'intérêt commun dans les conditions fixées aux articles R. 153-3, R. 216-1 et R. 216-2 du code de la sécurité sociale.

Art. 231. - Afin de permettre la mise en oeuvre d'un partenariat, en particulier pour la gestion des oeuvres, services et établissements sanitaires médico-sociaux et sociaux, et sous réserve des dispositions spéciales du présent décret, un organisme du régime minier peut faire appel au concours d'une autre personne morale pour l'exécution et sous ses directives, de ses missions sur le plan local.

La décision de son conseil d'administration, à cette fin, est soumise au préalable à l'approbation expresse du ministre chargé de la sécurité sociale pour la Caisse autonome nationale, et, dans les autres cas, selon la nature de l'établissement soit à celle du directeur régional des affaires sanitaires et sociales, soit à celle du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. »

LIII. - Le 2° de l'article 5, les articles 8 ter, 12, 13, 16, 17, 20, 22, 102 et 109, le 4° de l'article 112, l'article 158, le dernier alinéa de l'article 166, les articles 188, 189, 192 et 201, le deuxième alinéa de l'article 207, la dernière phrase du premier alinéa de l'article 214 et les articles 219, 220, 221 et 224 sont abrogés.

L'article 187 est abrogé à compter du 1er juillet 2005.

LIV. - A l'article 5, les mots : « , de la société de secours minière et de l'union régionale » sont remplacés par les mots : « et de la caisse régionale de la sécurité sociale dans les mines ».

Aux articles 21, 77, 164 et 191, les mots : « société de secours minière » sont remplacés par les mots : « caisse régionale de la sécurité sociale dans les mines ».

Aux articles 27 et 111, les mots : « des sociétés de secours minières, des unions régionales » sont remplacés par les mots : « des caisses régionales de la sécurité sociale dans les mines ».

A l'article 31, les mots : « sociétés de secours minières ou de plusieurs unions régionales » sont remplacés par les mots : « caisses régionales de la sécurité sociale dans les mines ».

A l'article 32, les mots : « des sociétés de secours minières et de leurs unions régionales » sont remplacés par les mots : « des caisses régionales de la sécurité sociale dans les mines ».

Au deuxième alinéa de l'article 55 et à l'article 73, les mots : « des sociétés de secours minières et des unions régionales » sont remplacés par les mots : « des caisses régionales de la sécurité sociale dans les mines ».

Aux articles 58 et 66, les mots : « d'une société de secours minière ou d'une union régionale » sont remplacés par les mots : « d'une caisse régionale de la sécurité sociale dans les mines ».

Aux articles 71, 78 et 106, les mots : « les sociétés de secours minières et les unions régionales » sont remplacés par les mots : « les caisses régionales de la sécurité sociale dans les mines ».

A l'article 81, les mots : « sociétés de secours minières et aux unions régionales » sont remplacés par les mots : « caisses régionales de la sécurité sociale dans les mines ».

Au premier alinéa de l'article 86, les mots : « d'une société de secours minière ou d'une union régionale » sont remplacés par les mots : « d'une caisse régionale de la sécurité sociale dans les mines ». Au deuxième alinéa du même article, les mots : « de la société de secours minière ou de l'union régionale » sont remplacés par les mots : « de la caisse régionale de la sécurité sociale dans les mines ».

A l'article 117, les mots : « des unions régionales et des sociétés de secours minières » sont remplacés par les mots : « des caisses régionales de la sécurité sociale dans les mines ».

A l'article 118, les mots : « des unions régionales et des sociétés de secours minières » sont remplacés par les mots : « des caisses régionales de la sécurité sociale dans les mines ».

A l'article 159, les mots : « l'union régionale » sont remplacés par les mots : « la caisse régionale de la sécurité sociale dans les mines ». A l'article 163, les mots : « l'union régionale » sont remplacés par les mots : « la Caisse autonome nationale ».

Au premier alinéa de l'article 195, les mots : « société de secours minière à laquelle est affilié le bénéficiaire » sont remplacés par les mots : « Caisse autonome nationale ».

Au deuxième alinéa de l'article 195, les mots : « société de secours d'affiliation » sont remplacés par les mots : « Caisse autonome nationale ».

A l'article 196, les mots : « , les unions régionales ou les sociétés de secours minières » sont remplacés par les mots : « ou les caisses régionales de la sécurité sociale dans les mines ».

A l'article 199, les mots : « société de secours minière d'affiliation » sont remplacés par les mots : « Caisse autonome nationale ». Le 1° de l'article 212 est remplacé par les dispositions suivantes :

1° Les références à la caisse nationale sont remplacées par des références à la Caisse autonome nationale et les références aux caisses régionales et aux caisses primaires d'assurance maladie sont remplacées par des références aux caisses régionales de la sécurité sociale dans les mines ; ».

Aux trois premiers alinéas de l'article 214, les mots : « d'union régionale », « l'union régionale » et « les unions régionales » sont respectivement remplacés par les mots : « d'une caisse régionale de la sécurité sociale dans les mines », « la caisse régionale de la sécurité sociale dans les mines » et « les caisses régionales de la sécurité sociale dans les mines ».

Dans la première phrase de l'article 218, les mots : « unions régionales et les sociétés de secours minières » sont remplacés par les mots : « caisses régionales de la sécurité sociale dans les mines ».

Dans la seconde phrase du premier alinéa de l'article 218, les mots : « aux unions régionales et aux sociétés de secours minières » sont remplacés par les mots : « aux caisses régionales de la sécurité sociale dans les mines ».

Au premier alinéa de l'article 222, les mots : « les unions régionales » sont remplacés par les mots : « les caisses régionales de la sécurité sociale dans les mines ».

Au second alinéa de l'article 222, les mots : « aux unions régionales et aux sociétés de secours minières » sont remplacés par les mots : « et aux caisses régionales de la sécurité sociale dans les mines ».

Tableau 13 : Les cadres en France et dans les communautés d'agglomération et arrondissements du Bassin minier en 1999

	Nombre de cadres	Population des 15 ans ou plus	Nombre de cadres pour 100 actifs
<b>France métropolitaine</b>	3 165 335	48 068 377	6,59
<b>Nord - Pas-de-Calais</b>	145 629	3 189 104	4,57
<b>Nord</b>	107 491	2 034 622	5,28
<b>Pas-de-Calais</b>	38 138	1 154 482	3,3
<b>AVESNES-SUR-HELPE</b>	6 134	190 337	3,22
<b>CAMBRAI</b>	4 334	128 569	3,37
<b>DOUAI</b>	7 758	197 331	3,93
<b>DUNKERQUE</b>	11 470	301 315	3,81
<b>LILLE</b>	68 015	938 035	7,25
<b>VALENCIENNES</b>	9 780	279 035	3,5
<b>ARRAS</b>	10 156	243 610	4,17
<b>BETHUNE</b>	7 531	227 012	3,32
<b>BOULOGNE-SUR-MER</b>	4 748	129 455	3,67
<b>MONTREUIL</b>	2 432	81 294	2,99
<b>SAINT-OMER</b>	3 765	121 884	3,09
<b>CALAIS</b>	3 150	92 753	3,4
<b>LENS</b>	6 356	258 474	2,46
<b>Artois</b>	2 765	75 325	3,67
<b>Artois / Ternois</b>	510	13 289	3,84
<b>Boulonnais</b>	924	32 192	2,87
<b>Calaisis</b>	1 282	45 274	2,83
<b>Cambrésis</b>	2 082	79 950	2,6
<b>Coeur de Flandre</b>	3 426	93 200	3,68
<b>Montreuillois</b>	1 876	56 813	3,3
<b>Saint Omer</b>	975	40 367	2,42
<b>Sambre - Avesnois</b>	3 848	109 512	3,51
<b>Sept Vallées</b>	612	26 825	2,28
<b>Ternois</b>	789	34 251	2,3
<b>C. U. d'Arras</b>	4 782	73 103	6,54
<b>C. U. de Dunkerque</b>	6 496	164 707	3,94
<b>C. U. de Lille Métropole</b>	62 541	866 348	7,22
<b>C. A. de Cambrai</b>	2 184	46 799	4,67
<b>C. A. du Calaisis</b>	2 689	77 143	3,49
<b>C. A. de la Porte de Hainaut</b>	2 950	114 180	2,58
<b>C. A. de l'Artois</b>	5 307	166 523	3,19
<b>C. A. de Lens - Liévin</b>	5 077	198 078	2,56
<b>C. A. de Maubeuge - Val de Sambre</b>	2 286	80 825	2,83
<b>C. A. de Saint-Omer</b>	1 969	51 965	3,79
<b>C. A. de Valenciennes Agglo</b>	6 350	157 672	4,03
<b>C. A. d'Hénin - Carvin</b>	2 405	99 337	2,42
<b>C. A. du Boulonnais</b>	3 824	97 151	3,94
<b>C. A. du Douaisis</b>	5 046	124 142	4,06
<b>Autres communes n'appartenant à aucun de ces regroupements</b>	12 634	264 133	4,78

Source : INSEE Recensement Général de la Population de mars 1999, exploitation complémentaire, sondage au quart.

Les projections en matière de métiers peu qualifiés (employés de commerce, assistantes maternelles et aux personnes âgées) pourraient plus facilement être atteintes. Le développement de ce type d'emploi permettrait, peut-être, d'améliorer les très faibles taux d'activité féminins puisqu'il s'agit essentiellement de métiers occupés par des femmes (75 % des postes d'employés sont occupés par des femmes en 1999 dans le Nord - Pas-de-Calais). Dans bien des cas, ces emplois moins qualifiés dépendent de la présence locale de cadres.

La transformation structurelle de la population active impliquerait, entre autres conséquences, un fort accroissement de l'effort de formation continue, avec un double objectif de formation tout au long de la vie de la population et un plus fort besoin de professionnels de la formation. Il existerait également, dans ces conditions, un fort écart de rémunération entre les générations.

Tableau 14 : Perspectives des emplois du domaine socio-sanitaire liées à des créations de postes et aux départs en retraite, France et Bassin Minier, sur l'ensemble de la période 2000-2010

	Créations nettes d'emplois (France)	Créations nettes d'emplois (Bassin minier)	Besoin de remplacements liés aux départs en retraite (France)	Besoin de remplacements liés aux départs en retraite (Bassin minier)	Total emplois créés et départs en retraite (France)	Total emplois créés et départs en retraite (Bassin minier)	Taux de croissance de l'emploi (France)
Aides-soignants	40500	830	100500	2060	141000	2890	+11 %
Assistantes maternelles et aux personnes âgées	448800	9200	152000	3116	600800	12316	+70 %
Professions action sociale, culturelle et sportive	76100	1560	82500	1691	158600	3251	+15,7 %

Source : FLIP-FLAP et enquêtes MAS-DARES. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

### Croissance de l'emploi et départs en retraite dans le domaine socio-médical

Le champ socio-sanitaire est largement concerné par les évolutions actuelles et à venir de ses métiers, quel que soit le niveau de qualification.

Le domaine de la santé va combiner croissance de l'emploi et importants départs en retraite sur la période 2000-2010. Tous les métiers de la santé sont évidemment touchés<sup>1</sup>, ceux dont la part de quinquagénaires est forte d'autant plus (c'est le cas des médecins).

Le tableau précédent met en évidence dans quelle mesure les professions du secteur socio-sanitaire font ou feront l'objet de créations d'emplois et de besoins de remplacement (en raison des départs en retraite). Ces projections concernant la France ont été adaptées au Bassin minier proportionnellement à sa population<sup>2</sup>. Ces projections à l'échelle de notre territoire<sup>3</sup> d'étude donnent donc davantage un ordre d'idée qu'un nombre exact de postes à créer ou remplacer et ne tiennent pas compte des spécificités du territoire en matière de démographie médicale.

Le métier d'aide-soignant est celui du secteur sanitaire où le besoin de création de postes et de renouvellement de main d'œuvre est le plus fort. Sur la période 2000-2010, et selon les projections, 40 500 postes d'aides-soignants devraient être créés. A cela s'ajoutent, du fait des départs en retraite, 100 500 postes à pourvoir (si le remplacement est intégral).

A l'échelle du Bassin minier, il serait nécessaire de créer 830 postes d'aides-soignants et d'assurer le remplacement de 2 060 postes de ce même métier. Dans le champ médico-social, 12 300 postes d'assistantes maternelles et d'aides aux personnes âgées doivent être créés ou remplacés à l'échéance de 2010. Cet important besoin est à mettre en lien avec le développement de la prise en charge à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie évoquée précédemment.

<sup>1</sup> A l'exception des professions récentes comme celle d'ergothérapeute.

<sup>2</sup> Le Bassin minier représente 2,05 % de la population française au recensement de 1999. Les données des projections nationales ont donc été calculées en fonction de ce pourcentage.

<sup>3</sup> Nous avons limité au Bassin minier ces estimations étant donné le caractère trop incertain pour une échelle plus petite (arrondissements et communautés d'agglomération).

La progression numérique de ce métier devrait s'accompagner du développement de la formation des aides à domicile (hors services de soins). Ce dernier métier est d'ailleurs marqué par un faible pourcentage de diplômés puisque 90 % des intervenants auprès des personnes âgées ne sont pas titulaires du CAFAD (Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile).

Les savoir-faire nécessaires en matière de services aux personnes sont à la base identiques à ceux que chacune acquiert dans la sphère domestique ; c'est pourquoi ils ont été longtemps considérés comme suffisants. Cependant, le fait que la personne soit diplômée permet d'avoir un regard plus professionnel, susceptible de détecter des problèmes, d'accompagner et stimuler la personne âgée plutôt que de développer l'assistantat...

### Évolution de la pratique des professions de santé

#### LES PROFESSIONS PARAMÉDICALES ET SAGES-FEMMES

Les professionnels paramédicaux et sages-femmes sont près de 500 000 en exercice en France. Ils sont répartis de manière inégale dans les secteurs d'activité libérale et salariée. Les sages-femmes, infirmières et ergothérapeutes sont majoritairement salariés. Les autres professionnels exercent plutôt dans le secteur libéral. Pour l'ensemble de ces professions, on constate un fort taux de féminisation (de 70 à 99 %), excepté pour les masseurs kinésithérapeutes où les femmes ne sont que 45,5 %.

Globalement, les professions paramédicales et sages-femmes ont vu leurs effectifs augmenter depuis les années 80 avec un ralentissement durant les années 90. Au début des années 2000, les quotas d'entrées dans les écoles de formation se sont accrus par obligation, à la fois pour répondre au déficit structurel de la région Nord – Pas-de-Calais, pour répondre au besoin créé par la mise en place des 35 heures, et également pour pallier l'augmentation constante du besoin de soins des Français. Ces besoins ne cesseront de croître du fait du vieillissement de la population.



S'ajoute à tout cela, un phénomène d'héliotropisme<sup>1</sup>, également observé pour les professions médicales. Les professionnels de santé amorcent d'ores et déjà un changement dans leur pratique professionnelle. C'est notamment le cas des professionnels libéraux qui adoptent une pratique plus collective des cabinets pluri-professionnels ou développent une pratique itinérante dans les milieux ruraux. Ceci est une réponse aux inégalités démographiques infra-régionales très grandes dans le Nord – Pas-de-Calais.

Des disparités infra-régionales très marquées dans le Bassin minier en ce qui concerne les infirmières

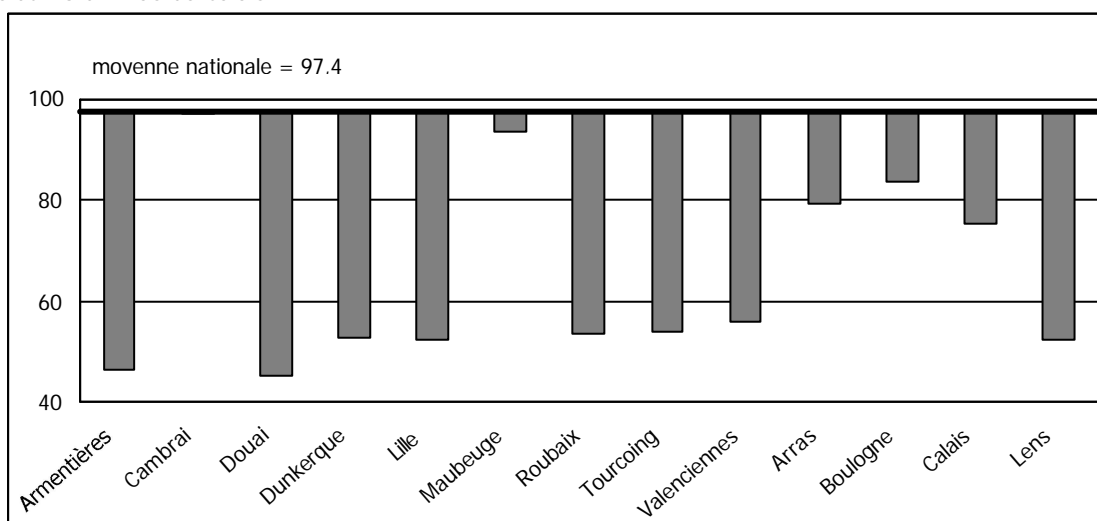
On observe une disparité importante sur les territoires des Caisses Primaires d'Assurance Maladie du Bassin minier en ce qui concerne les effectifs d'infirmières<sup>2</sup>. On note également des différences de densité entre Douai et Valenciennes, Arras et Lens, toutes affichant un net déficit d'infirmières libérales. Ces disparités étaient déjà observées en 1992<sup>3</sup>. Malgré l'augmentation globale des effectifs régionaux sur 10 ans, le phénomène persiste.

En 2001 le Nord - Pas-de-Calais comptait 21 794 infirmières : 14 060 dans le Nord et 7 734 dans le Pas-de-Calais.

Les infirmières de la région sont en moyenne plus jeunes que dans le reste de la France<sup>4</sup>. Le plus gros contingent a, dans la région, entre 25 et 29 ans contre 40-44 ans pour la France. La région devrait donc être moins touchée par le départ massif en retraite des infirmières dans les années à venir. Cependant, le besoin en soins infirmiers devrait être croissant (même s'il n'est pas chiffré à ce jour). On assisterait de ce fait à une évolution de l'activité de ces professionnels, de nouveaux rôles apparaissant (éducation du patient, prise en charge psychosociale...).

En terme quantitatif, on devrait assister à une augmentation significative du nombre d'infirmières ; les quotas d'entrées ayant été augmentés depuis 2000. Les secteurs sanitaires du Bassin minier montrent un déficit d'effectifs d'infirmières hospitalières. C'est notamment le cas du secteur de Douai qui affiche la plus basse densité de la région. Béthune, Lens et Valenciennes marquent un plus faible déficit (inférieur à la moyenne régionale).

Figure 6 : Densité d'infirmières libérales pour 100 000 habitants dans les Caisses Primaires d'Assurance Maladie du Nord – Pas-de-Calais



Source : CNAMTS, INSEE, 1998. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

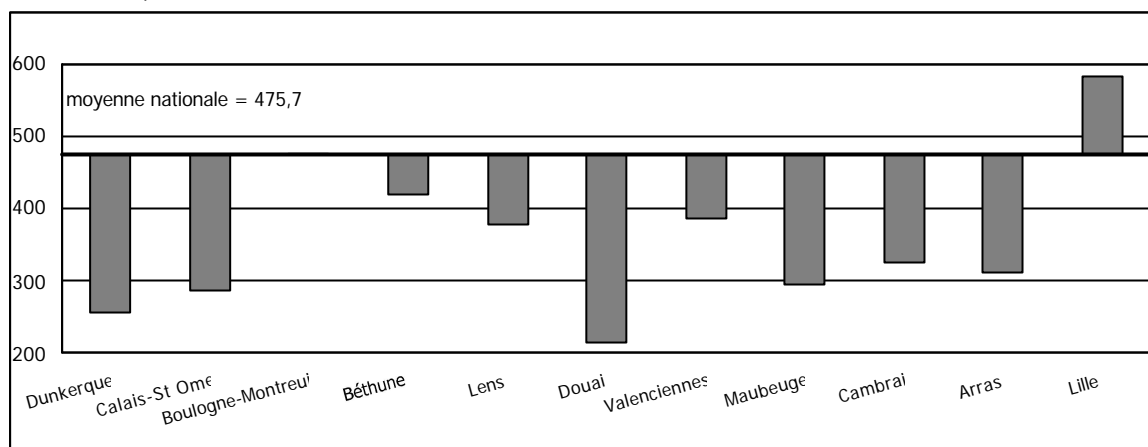
<sup>1</sup> En effet, l'installation libérale des professionnels de santé se concentre davantage dans le sud que dans le nord de la France.

<sup>2</sup> Au niveau régional, on passe d'un minima sur Cambrai égal à la moyenne nationale à un maxima sur Douai.

<sup>3</sup> La santé d'une région, état et tendances dans le Nord - Pas-de-Calais. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 1995 ; 517 p.

<sup>4</sup> Rengot M, Spinosi L. Tableau de bord des professions paramédicales et sages-femmes dans la région Nord - Pas-de-Calais. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2002 ; 79 p.

Figure 7 : Densité d'infirmières hospitalières, pour 100 000 habitants, dans les secteurs sanitaires du Nord – Pas-de-Calais, en 2001



Source : DREES, SAE 1999, INSEE. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

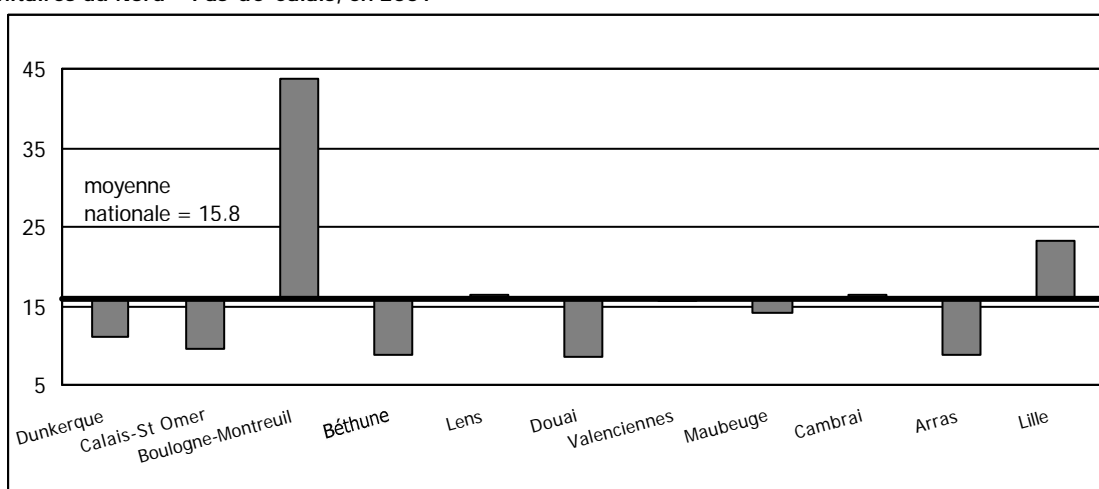
Un besoin grandissant de professionnels de rééducation

Les effectifs des différentes professions de rééducation devraient subir de sensibles modifications, en réponse aux besoins grandissants de la population vieillissante. L'effectif des masseurs kinésithérapeutes devrait augmenter de 10 à 20 % d'ici 2020. Aujourd'hui, les masseurs kinésithérapeutes sont près de 54 000 en France et 3400 dans la région. En 2020, ils devraient être dans le Nord – Pas-de-Calais entre 3700 à plus de 4000. Leur densité est plus favorable que celle des infirmières. En effet les secteurs sanitaires du Bassin minier que sont Lens et Valenciennes sont à égalité avec la moyenne nationale (Lens a un niveau très légèrement supérieur).

Béthune et Douai montrent un déficit d'effectif pour cette profession.

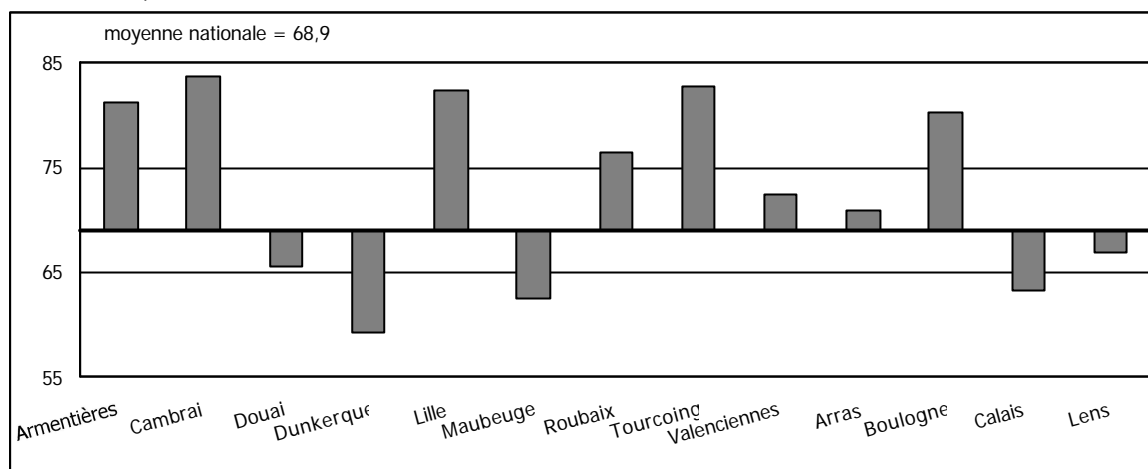
Ici encore les professionnels sont plus jeunes qu'en France. L'écart est assez important puisque au niveau national la moyenne d'âge des masseurs kinésithérapeutes est de 50-54 ans et seulement 25-29 ans pour la région. Le Nord – Pas-de-Calais ne devrait pas sentir l'effet "départ des baby-boomers" concernant les masseurs kinésithérapeutes. A noter toutefois la densité largement supérieure du secteur sanitaire de Boulogne-Montreuil liée à la présence sur ce territoire du centre héliomarin de Berck-sur-Mer.

Figure 8 : Densité des masseurs kinésithérapeutes hospitaliers, pour 100 000 habitants, dans les secteurs sanitaires du Nord – Pas-de-Calais, en 2001



Source : DREES, SAE 1999, INSEE. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Figure 9 : Densité des masseurs kinésithérapeutes libéraux, pour 100 000 habitants, dans les CPAM du Nord – Pas-de-Calais, en 2001



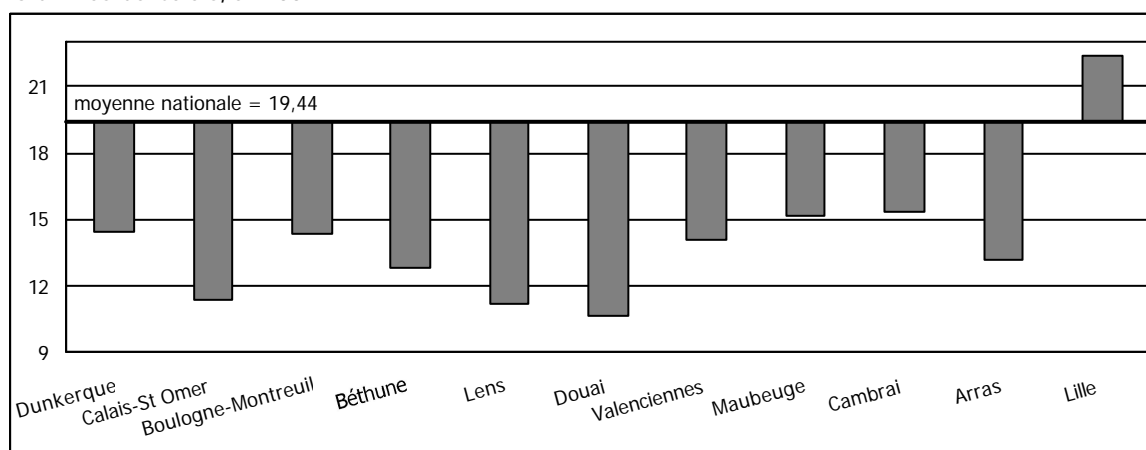
Source : CNAMTS, INSEE. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

#### Sage-femme, une profession médicale

Aujourd'hui en France 14 500 sages-femmes sont en exercice. On a assisté à une baisse de leurs effectifs en secteur libéral depuis ces 20 dernières années. Plus d'une sage-femme salariée sur deux exerce en secteur hospitalier. Leur répartition géographique est donc corrélée à l'implantation des établissements hospitaliers. On observe que les territoires des Caisses Primaires d'Assurances Maladie comme les secteurs sanitaires concernés par le Bassin minier affichent tous un déficit en matière de sages-femmes en deçà de la moyenne régionale.

Une étude de la DREES<sup>1</sup> énonce des projections réalisées d'après les hypothèses de fécondité, et prévoit un nombre de naissances en diminution. Ces projections réduiraient le nombre de naissances par sage-femme à 43 d'ici 10 ans ; soit 12 % de moins qu'aujourd'hui si le taux de fécondité reste stable à 1,8 enfants par femme en âge de procréer, et si la démographie de cette profession ne baisse pas. D'après l'Ordre national des sages-femmes, la France observe un déficit d'environ 4 000 professionnelles ; si les centres de proximité périnataux se mettent en place, ce chiffre atteindra environ les 5 à 6 000.

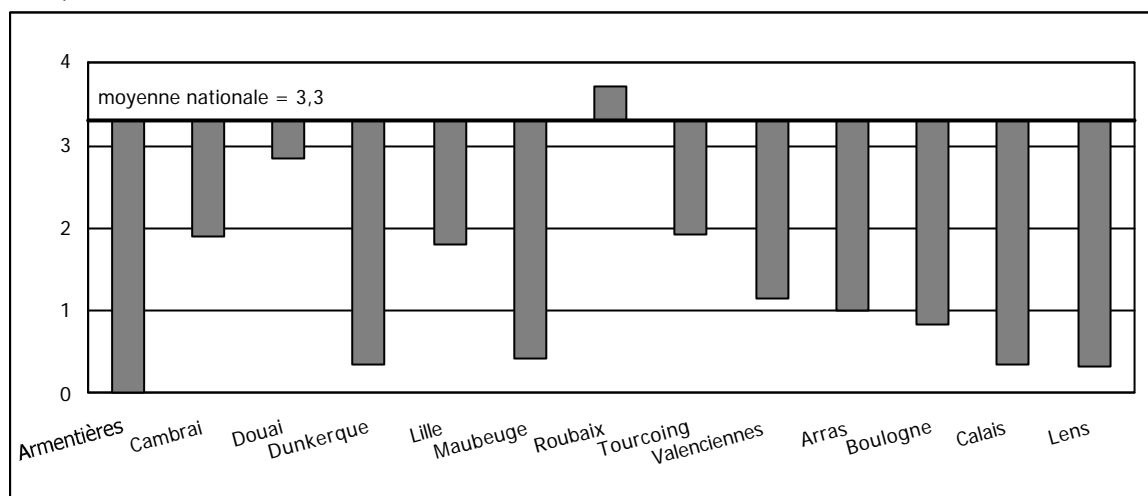
Figure 10 : Densité de sages-femmes hospitalières, pour 100 000 habitants, dans les secteurs sanitaires du Nord – Pas-de-Calais, en 2001



Source : DREES, SAE 1999, INSEE. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

<sup>1</sup> Études et résultats n°17. DREES, 1999.

Figure 11 : Densité de sages-femmes libérales, pour 100 000 habitants, dans les CPAM du Nord – Pas-de-Calais, en 2001



Source : CNAMTS, INSEE 1998. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

**DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE, DES ENJEUX POUR L'AVENIR**

Relative stabilité régionale sur l'ensemble des médecins d'ici 2020

Au 1<sup>er</sup> janvier 2002, le nombre total de médecins en activité dans le Nord - Pas-de-Calais était estimé à 11 570, d'après les données du fichier ADELI. Le Nord – Pas-de-Calais obtient la 9<sup>ème</sup> place en terme de densité de médecins (287 pour 100 000 habitants), soit une densité médicale inférieure de 14 % à la moyenne nationale (335 pour 100 000 habitants). Les médecins régionaux sont, avec ceux de la Franche-Comté, plus jeunes que dans l'hexagone ; 45,8 ans en moyenne soit 1,2 ans de moins que l'âge moyen des médecins de France métropolitaine.

La démographie médicale a subi lors des dernières décennies des fluctuations d'évolution. Nous pouvons dire que le nombre des médecins s'est accru de 1984 à 2000, avec toutefois un ralentissement dans la seconde partie des années 90. La sous-densité régionale s'est sensiblement réduite sans pour autant disparaître, passant de -23,8 à -15,6 % en 14 ans. D'après les projections de la DREES<sup>1</sup>, la démographie médicale devrait augmenter de 651 médecins (+5,7 %) entre 2000 et 2010. Entre 2010 et 2020, l'accroissement deviendrait négatif (-9,7 %) et pourrait se traduire par une diminution de 1 165 médecins en 10 ans. L'observation des projections de l'ensemble des médecins ne montre pas de variation très importante sur 20 ans.

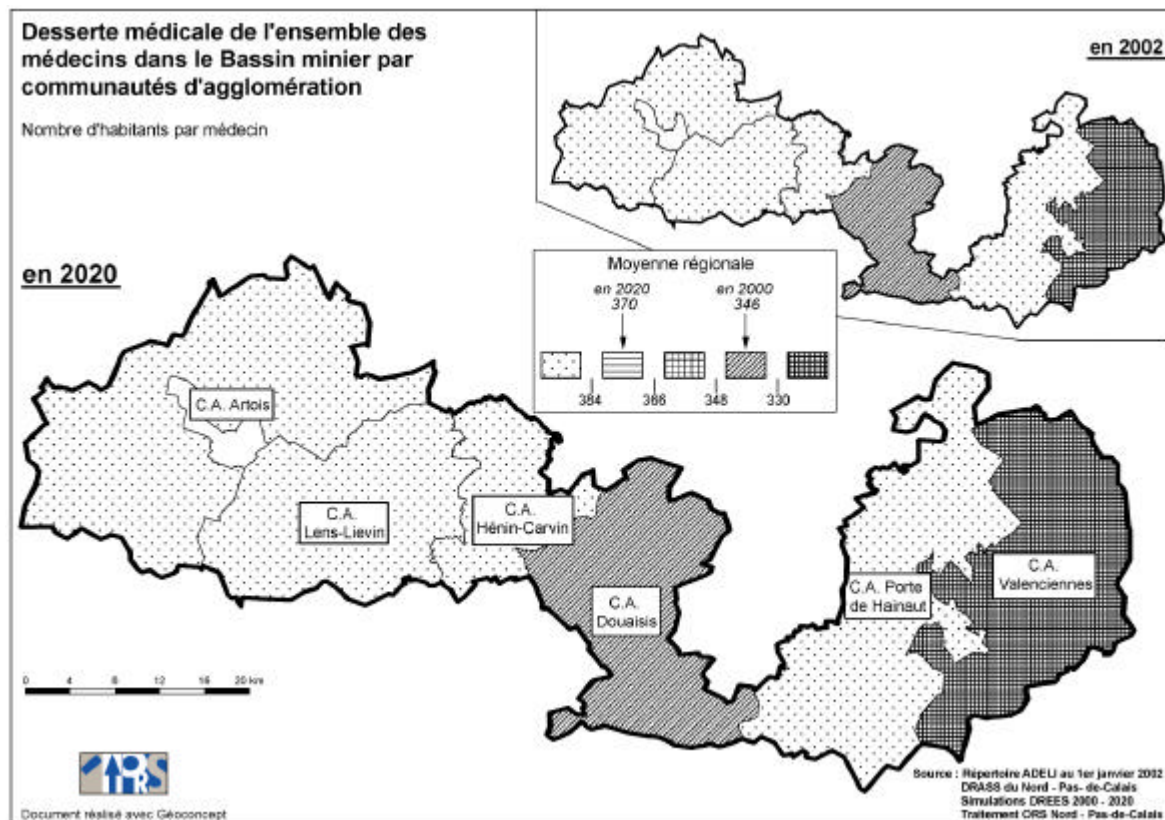
Tableau 15 : L'ensemble des médecins selon l'intercommunalité

Communautés d'Agglomération du Bassin minier	Effectif 2002	Nombre de médecins pour 100 000 habitants	Nombre d'habitants par médecin	Effectif 2020	Nombre de médecins pour 100 000 habitants	Nombre d'habitants par médecin
C. A. de la Porte du Hainaut	288	201	499	270	189	528
C. A. de l'Artois	480	239	429	449	228	439
C. A. de Lens - Liévin	601	239	416	563	231	433
C. A. de Valenciennes	634	323	313	593	307	326
C. A. d'Hénin - Carvin	293	236	428	274	242	413
C. A. du Douaisis	411	275	374	385	267	374
<b>Nord - Pas-de-Calais</b>	<b>11 559</b>	<b>290</b>	<b>346</b>	<b>10 820</b>	<b>289</b>	<b>370</b>

Source : Répertoire ADELI, DRASS du Nord - Pas-de-Calais. INSEE RGP 1999. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

<sup>1</sup> Lacoste O, Salomez JL. (présentation). *Simulations de la démographie médicale régionale Nord – Pas-de-Calais 2000 – 2020*, DREES. Lille : Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais, 2001 ; 12 p.

Carte 9 :



Les médecins généralistes suivent la même tendance démographique que l'ensemble des professions médicales

Nous retrouvons pour les médecins généralistes les mêmes projections que pour l'ensemble des médecins : d'abord une augmentation entre 2000 et 2010 de l'ordre de + 4,4 %, puis une baisse jusqu'en 2020 de près de 10 % (9,7 %). L'étude de la DREES prévoit une constante féminisation de cette profession, passant ainsi de 30,4 % de femmes en 2000 à 35,7 % en 2010 et à près de 44 % en 2020. On peut émettre l'hypothèse que la diminution du nombre

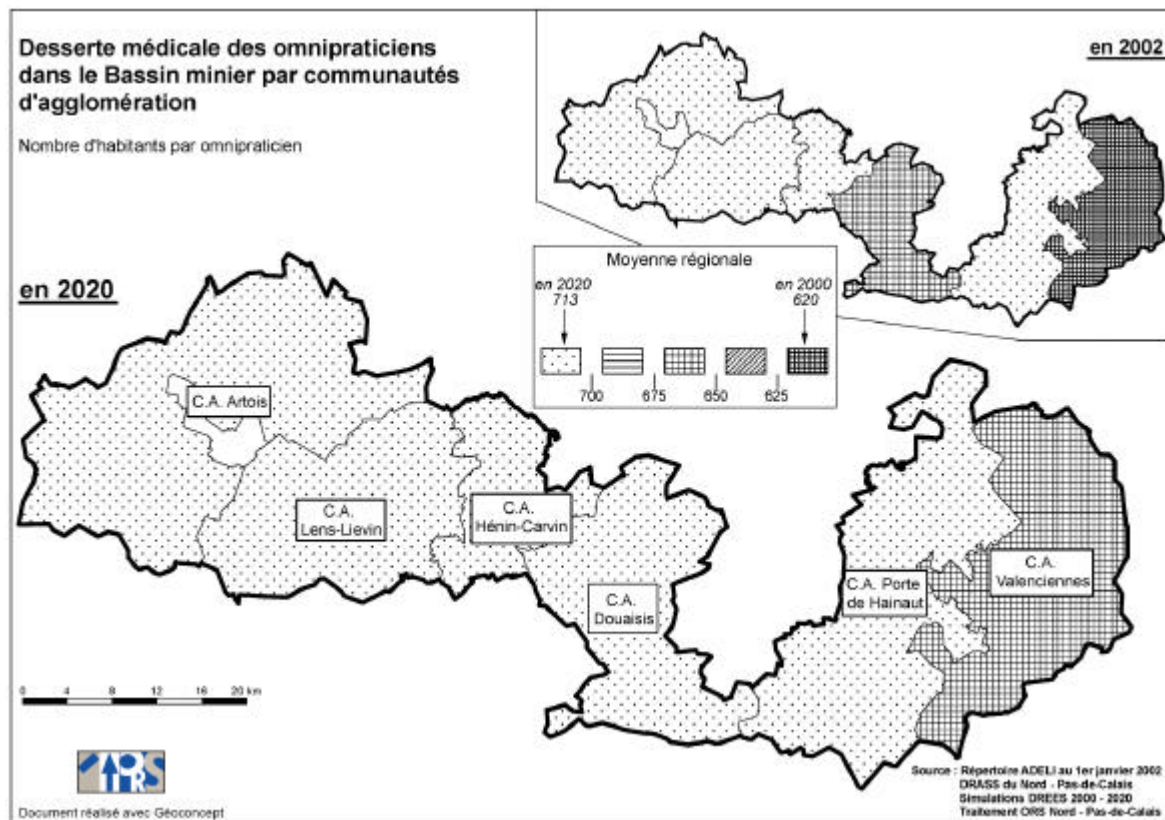
d'étudiants ouvrira des voix à plus de jeunes filles dans ce domaine. Là encore on assiste à des inégalités infra-régionales assez importantes. En effet, l'observation par communauté d'agglomération montre une forte concentration de médecins généralistes dans la Communauté Urbaine de Lille, avec 492 habitants par médecin. En revanche, les intercommunalités du Bassin minier affichent un nombre d'habitants par médecin supérieur. La Communauté d'Agglomération de l'Artois obtient le plus lourd déficit avec 776 habitants par médecin. D'ici 2020, on devrait assister au même cas de figure sur l'ensemble des structures intercommunales.

Tableau 16 : Les médecins généralistes selon l'intercommunalité

C. A. du Bassin minier	Effectif 2002	Nombre de médecins pour 100 000 habitants	Nombre d'habitants par médecin en 2002	Effectif 2020	Nombre de médecins pour 100 000 habitants	Nombre d'habitants par médecin en 2020
C. A. de la Porte de Hainaut	201	140	715	175	123	815
C. A. de l'Artois	265	129	776	231	115	872
C. A. de Lens - Liévin	352	141	711	307	126	791
C. A. de Valenciennes	328	167	598	286	148	677
C. A. d'Hénin - Carvin	170	136	737	148	130	772
C. A. du Douaisis	236	153	653	206	139	721
Nord - Pas-de-Calais	6442	161	620	5615	190	713

Source : Répertoire ADELI, DRASS du Nord - Pas-de-Calais. INSEE RGP 1999. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Carte 10 :



Les médecins spécialistes

Au 1<sup>er</sup> janvier 2002, les effectifs de médecins spécialistes sont de 5 117 dans la région Nord - Pas-de-Calais répartis pour 3 692 dans le Nord et 1 425 dans le Pas-de-Calais. Près de 48 % des spécialistes de la région exercent dans la C. U. de Lille Métropole. En terme de desserte médicale, le rapport est nettement défavorable à la région. 781 habitants par

médecin dans le Nord – Pas-de-Calais pour 577 en France. Mais l'écart le plus important se situe au niveau départemental : le Pas-de-Calais a un écart de +435 habitants par rapport à la desserte nationale, et de +320 par rapport la desserte médicale du département du Nord. Enfin, c'est au sein des territoires à faible densité d'habitants que le nombre d'habitants par médecin est le plus élevé.

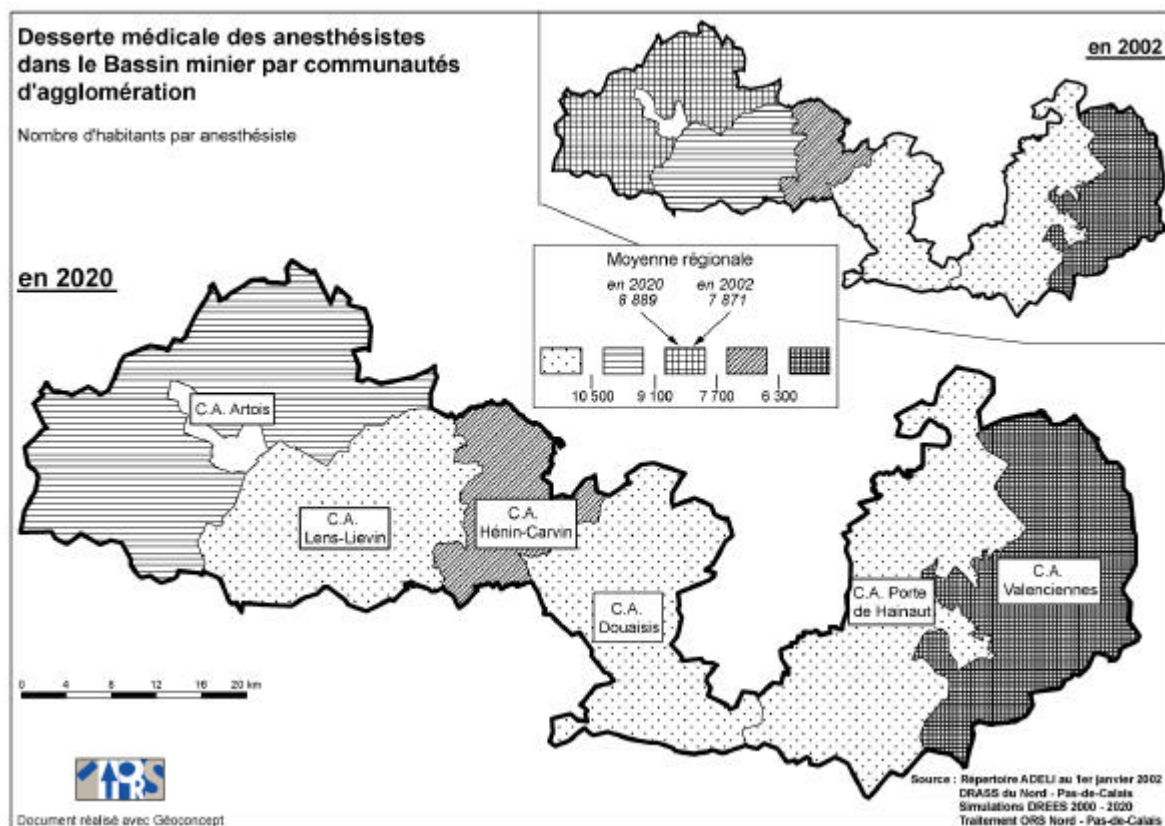
Les anesthésistes

Tableau 17 : Anesthésiologie-réanimation selon l'intercommunalité

C. A. du Bassin minier	Effectif 2002	Nombre de médecins pour 100 000 habitants	Nombre d'habitants par médecin en 2002	Effectif 2020	Nombre de médecins pour 100 000 habitants	Nombre d'habitants par médecin en 2020
C. A. de la Porte de Hainaut	6	4	24523	5	4	26835
C. A. de l'Artois	25	12	8251	22	11	9087
C. A. de Lens - Liévin	26	10	9589	23	10	10518
C. A. de Valenciennes	40	20	4906	35	18	5455
C. A. d'Hénin - Carvin	17	13	7537	15	13	7587
C. A. du Douaisis	7	5	20737	6	4	23873
<b>Nord - Pas-de-Calais</b>	<b>508</b>	<b>13</b>	<b>7871</b>	<b>451</b>	<b>15</b>	<b>8889</b>

Source : Répertoire ADELI, DRASS du Nord - Pas-de-Calais. INSEE RGP 1999. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Carte 11 :



Comme d'autres spécialistes, les anesthésistes devraient connaître un accroissement de leurs effectifs d'ici 2010 (+7,6 %), puis une forte diminution à l'aube de 2020 (-16,5 %) ; soit une baisse de -10,2 % sur 20 ans. Comme en médecine générale, cette profession devrait connaître une forte féminisation dans les décennies à venir ; de 37,4 % de femmes aujourd'hui, elle passera à 42,1 % en 2020. La desserte médicale est nettement supérieure à la moyenne régionale (7 871 habitants par médecin) dans les Communautés d'Agglomération de la Porte

du Hainaut (24 523 habitants par médecin) et du Douaisis (20 737). Cette tendance tend à s'accroître d'ici 2020. Seule la Communauté d'Agglomération de Valenciennes a une desserte médicale plus favorable qu'en moyenne dans la région, avec près de 3 000 habitants de moins par médecin. Cette tendance sera préservée d'ici 2020. En 2000, dans la région Nord – Pas-de-Calais un praticien anesthésiste est susceptible de desservir un peu plus de 2 000 patients supplémentaires par rapport au niveau national.

### Gynécologie médicale

Tableau 18 : Gynécologie médicale selon l'intercommunalité

C. A. du Bassin minier	Effectif 2002	Nombre de médecins pour 100 000 habitants	Nombre d'habitants par médecin en 2002	Effectif 2020	Nombre de médecins pour 100 000 habitants	Nombre d'habitants par médecin en 2020
C. A. de la Porte de Hainaut	4	7	14961	1	1,0	100555
C. A. de l'Artois	5	6	16961	2	0,9	113498
C. A. de Lens - Liévin	3	3	34878	1	0,4	227707
C. A. de Valenciennes	9	11	8947	3	1,7	60569
C. A. d'Hénin - Carvin	1	1	104918	0	0,3	322215
C. A. du Douaisis	4	5	18498	1	1,0	104363
Nord - Pas-de-Calais	130	8	12873	46	1,6	86769

Source : Répertoire ADELI, DRASS du Nord - Pas-de-Calais. INSEE RGP 1999. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

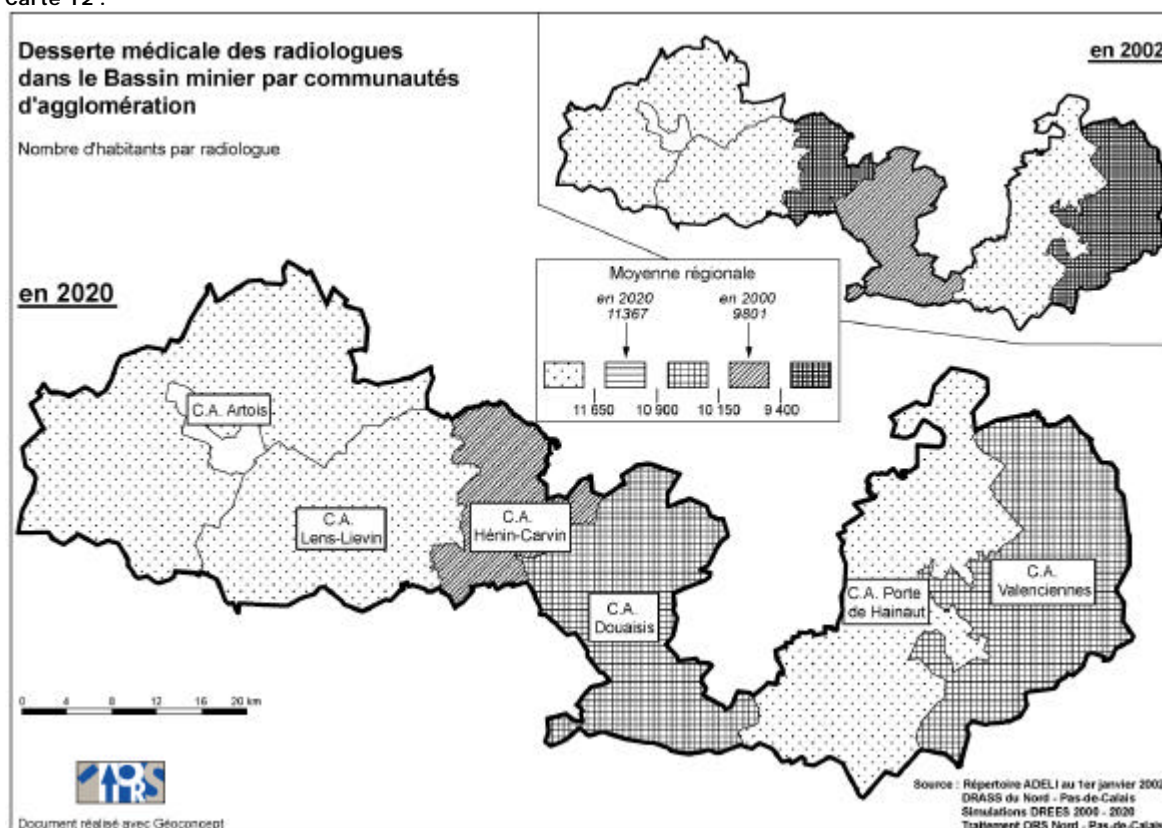


La gynécologie médicale devrait connaître une chute importante de ses effectifs de 2000 à 2020. Les simulations de la DRESS prévoient une baisse de 17,8 % entre 2000 et 2010, faisant ainsi chuter en 10 ans le nombre de gynécologues médicaux de 126 à 104. En 2020, la baisse des effectifs s'accroît davantage. On ne devrait plus alors dénombrer que 46 gynécologues médicaux dans la région Nord - Pas-de-Calais. Cette profession médicale compte aujourd'hui 81,8 % de femmes. Elles seront 91,8 % en 2020. En 2000, la plus forte desserte médicale s'observe dans la Communauté d'Agglomération de Lens-Liévin où elle est supérieure de 22 000 habitants à celle de la région. Seule la Communauté d'Agglomération de Valenciennes (8 947 habitants par médecin) se situe en dessous de la moyenne régionale (12 873 habitants par médecin).

*"Ces chiffres sont la conséquence de la législation en vigueur concernant cette profession. (...) Cette spécialité qui a largement fait preuve de son utilité en terme de Santé publique a pourtant été supprimée en 1986, sous couvert d'harmonisation européenne. (...) Par arrêté du 17 août, le gouvernement a restauré, au sein d'une filière unique de formation à la gynécologie, un enseignement spécifique à la gynécologie médicale." (...) Mais, "(...) le fait que la gynécologie médicale soit une simple option au sein d'une spécialité chirurgicale de gynécologie obstétrique, la prive de facto d'un quota d'étudiants, d'un nombre défini de postes hospitaliers et universitaires pourtant nécessaires à sa pérennité"*<sup>1</sup>.

### Les radiologues

Carte 12 :



<sup>1</sup> Proposition de loi tendant à restaurer un diplôme spécifique de gynécologie médicale et à garantir le libre accès des femmes aux gynécologues. Proposition n°435. Sénat. Session ordinaire 2000-2001.  
<http://www.senat.fr/leg/pp100-435.htm>



**Tableau 19 : Radiodiagnostic et imagerie médicale selon l'intercommunalité**

C. A. du Bassin minier	Effectif 2002	Nombre de médecins pour 100 000 habitants	Nombre d'habitants par médecin en 2002	Effectif 2020	Nombre de médecins pour 100 000 habitants	Nombre d'habitants par médecin en 2020
C. A. de la Porte de Hainaut	9	6	16824	8	5	18374
C. A. de l'Artois	15	7	13617	13	6	15554
C. A. de Lens - Liévin	21	8	11817	18	7	13374
C. A. de Valenciennes	22	11	8921	19	10	10187
C. A. d'Hénin - Carvin	14	12	8650	12	11	9463
C. A. du Douaisis	16	11	9487	14	9	10727
<b>Nord - Pas-de-Calais</b>	<b>408</b>	<b>10</b>	<b>9801</b>	<b>352</b>	<b>9</b>	<b>11367</b>

Source : Répertoire ADELI, DRASS du Nord - Pas-de-Calais. INSEE RGP 1999. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Comme pour la plupart des spécialistes, les radiologues du Nord – Pas-de-Calais vont enregistrer une augmentation de leurs effectifs d'ici 2010 de l'ordre de +5,4 %, pour ensuite décroître de 9,8 %. La féminisation du corps médical se confirme dans cette discipline : la proportion de femmes passant de 20,8 à 36,1 % dès 2010. La desserte médicale régionale

doit augmenter en 2020. Les communautés d'agglomération ayant une desserte inférieure à la moyenne régionale (Valenciennes, Hénin-Carvin, Douaisis), garderont cet avantage et les communautés d'agglomération dont la desserte est supérieure resteront également dans la même situation (Porte du Hainaut, Artois, Lens-Liévin).

#### Les chirurgiens

**Tableau 20 : Chirurgie générale selon l'intercommunalité**

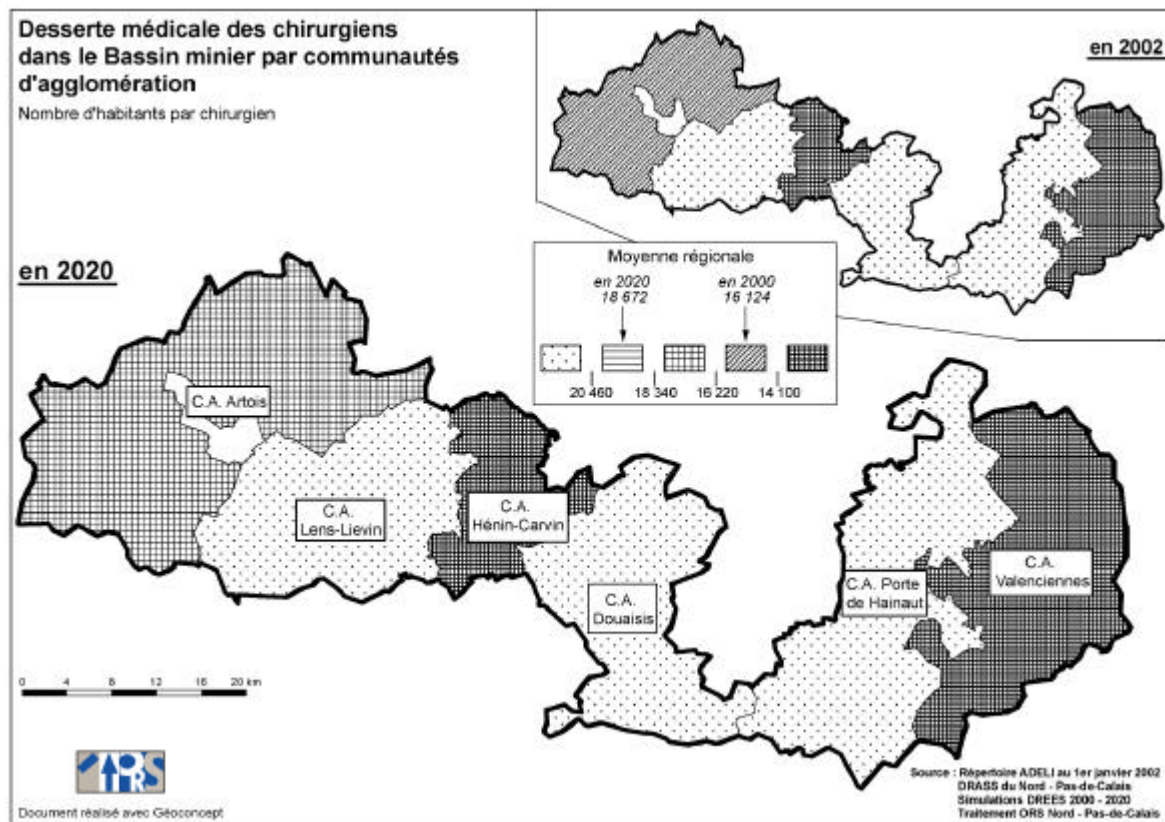
C. A. du Bassin minier	Effectif 2002	Nombre de médecins pour 100 000 habitants	Nombre d'habitants par médecin en 2002	Effectif 2020	Nombre de médecins pour 100 000 habitants	Nombre d'habitants par médecin en 2020
C. A. de la Porte de Hainaut	5	3	31147	4	3	33024
C. A. de l'Artois	13	6	16273	11	6	17920
C. A. de Lens - Liévin	7	3	35801	6	2	40062
C. A. de Valenciennes	16	8	11990	14	7	13987
C. A. d'Hénin - Carvin	10	8	12361	9	8	13228
C. A. du Douaisis	4	3	36550	3	2	42843
<b>Nord - Pas-de-Calais</b>	<b>248</b>	<b>6</b>	<b>16124</b>	<b>215</b>	<b>5</b>	<b>18672</b>

Source : Répertoire ADELI, DRASS du Nord - Pas-de-Calais. INSEE RGP 1999. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Les chiffres de la chirurgie générale sont difficilement exploitables puisque les projections de la DREES englobent l'ensemble des spécialités de chirurgie. On remarque toutefois une diminution constante des chirurgiens sur 2010-2020. De plus, si l'on tient compte de l'âge moyen des chirurgiens tant au ni-

veau régional que national on peut s'attendre à une diminution des effectifs liée au vieillissement de ce type de spécialistes. On observe déjà une forte desserte médicale sur toutes les communautés d'agglomération du Bassin minier, excepté celle de l'Artois, proche de la moyenne régionale.

Carte 13 :



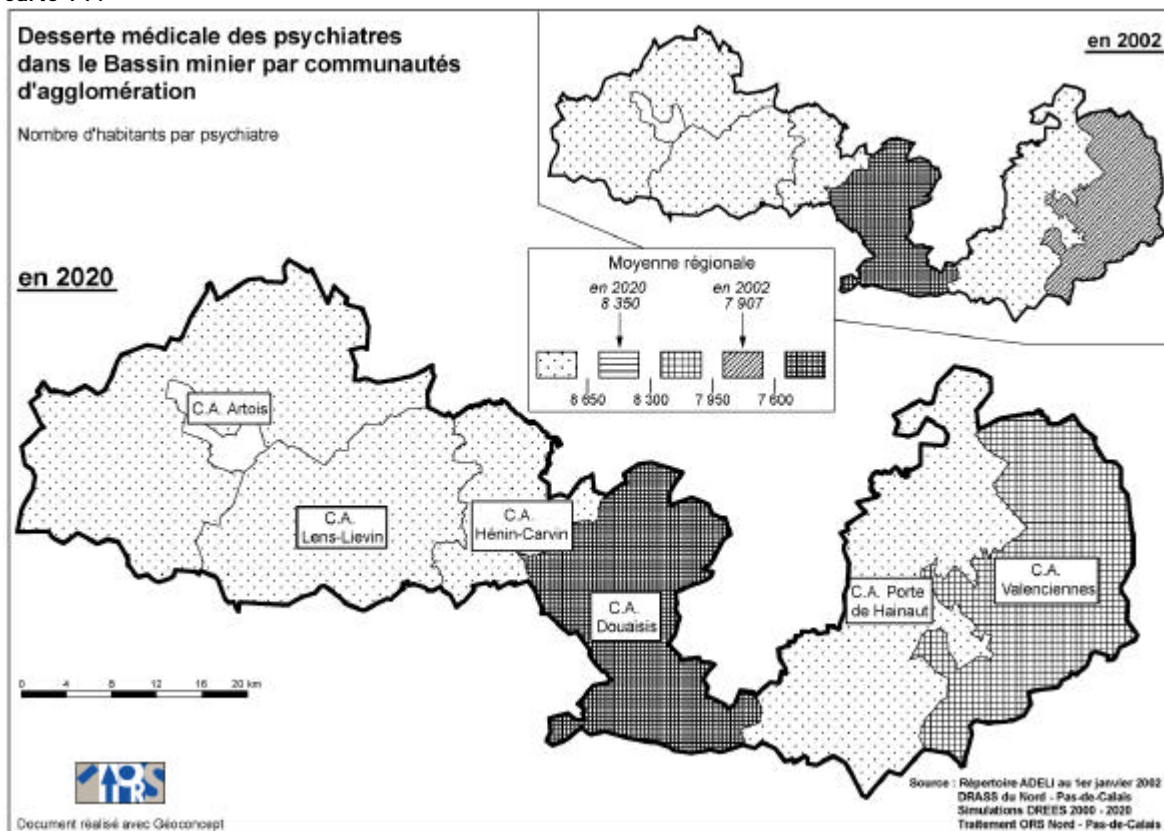
### Les psychiatres

Tableau 21 : Psychiatrie selon l'intercommunalité

C. A. du Bassin minier	Effectif 2002	Nombre de médecins pour 100 000 habitants	Nombre d'habitants par médecin en 2002	Effectif 2020	Nombre de médecins pour 100 000 habitants	Nombre d'habitants par médecin en 2020
C. A. de la Porte de Hainaut	16	11	8952	15	11	9398
C. A. de l'Artois	5	3	39098	5	2	42430
C. A. de Lens - Liévin	27	11	9106	26	11	9458
C. A. de Valenciennes	25	13	7799	24	12	8152
C. A. d'Hénin - Carvin	13	10	9647	12	11	9266
C. A. du Douaisis	21	14	7257	20	13	7431
<b>Nord - Pas-de-Calais</b>	<b>505</b>	<b>13</b>	<b>7907</b>	<b>480</b>	<b>12</b>	<b>8350</b>

Source : Répertoire ADELI, DRASS du Nord - Pas-de-Calais. INSEE RGP 1999. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Carte 14 :



Sur la période 2000-2010, les effectifs de psychiatres devraient progresser de 5,6 % pour ensuite diminuer de -9,7 % entre 2010-2020. Les dessertes médicales subiront une légère augmentation d'ici 2020. Le plus gros déficit s'enregistre dans la Communauté d'Agglomération de l'Artois avec 39 098 habitants par médecin psychiatre. Toutes les autres communautés d'agglomération ne sont pas très éloignées de la moyenne régionale. Cette spécialité se féminise elle-aussi.

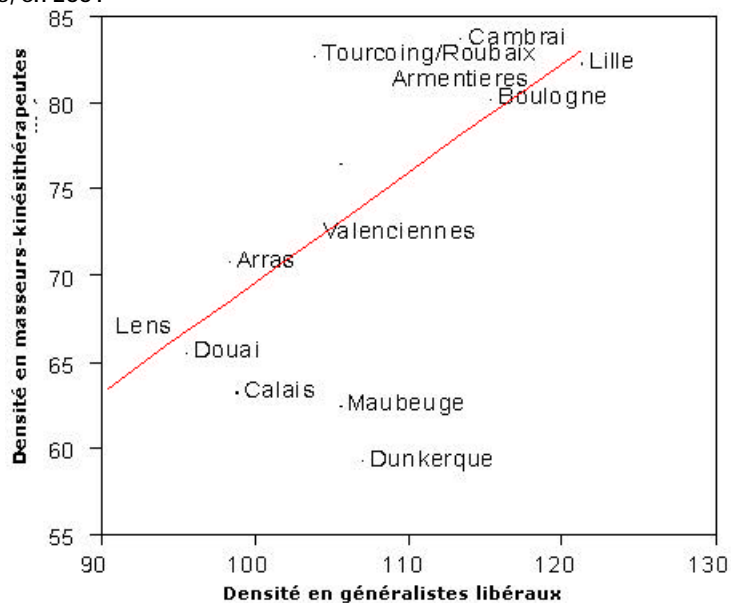
**UNE INADÉQUATION DURABLE ENTRE PROFESSIONNELS ET POPULATION ?**

L'étude de l'implantation des professionnels de santé par communauté d'agglomération fait apparaître des disparités importantes tant dans les effectifs qu'en terme de desserte ou de densité médicale.

Tout semble démontrer que cette situation devrait s'accroître à l'avenir si aucune mesure ou aucun projet n'est mis en œuvre.

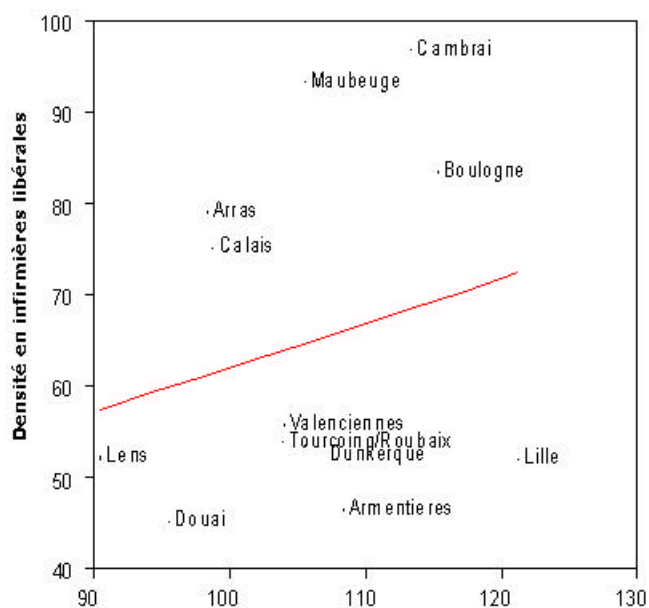
Les territoires de Béthune et de l'Artois déjà plus âgés que la moyenne régionale vont continuer à vieillir parallèlement à une diminution accrue des professionnels de santé. Ceux de Lens ou d'Hénin-Carvin, qui devraient subir la plus grande perte d'actifs jeunes et par voie de conséquence la plus grande baisse démographique, vont également subir un nouveau déficit de médecins (ceci sera toutefois un peu moins marqué pour Hénin-Carvin). Les Communautés d'Agglomération de Valenciennes et du Douaisis devraient, quant à elles, rester les plus jeunes du Bassin minier, avec un tissu d'actifs dynamiques et donc "retenir" davantage de professionnels de santé.

Figure 12 : Densité de masseurs Kinésithérapeutes libéraux et de médecins généralistes dans les CPAM du Nord – Pas-de-Calais, en 2001



Source : CNAMTS. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Figure 13 : Densité d'infirmières libérales et densité de médecins généralistes dans les CPAM du Nord – Pas-de-Calais, en 2001



Source : CNAMTS. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

## **Conclusion**

La spécificité de la région Nord - Pas-de-Calais est marquée par la jeunesse de ses professionnels de santé. Les différentes catégories de professionnels de santé suivront la tendance nationale : accroissement sensible de leurs effectifs d'ici 2010 puis diminution à l'aube de 2020. L'ensemble des tableaux et graphiques précédents fait apparaître des déficits importants au niveau infra-régional ; déficits qui devraient persister dans les deux décennies à venir si rien n'est fait pour infléchir cette tendance.

Au début des années 1990, la comparaison des densités d'infirmières libérales et des médecins généralistes ne reflétait pas la même configuration qu'aujourd'hui où la densité des infirmières libérales et des masseurs kinésithérapeutes est corrélée à celle des médecins généralistes. On observe également nettement ce phénomène avec l'ensemble des médecins spécialistes, répartis selon la même géographie que les médecins généralistes.

### **Des phénomènes qui ne doivent rien au hasard**

Ces deux phénomènes nous montrent "l'effet cascade" que peuvent avoir les implantations territoriales des médecins généralistes. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, les installations des professionnels de santé ne sont pas dues au hasard. L'installation des médecins généralistes est corrélée à celle des spécialistes, et à certaines professions paramédicales. Nous constatons également que globalement les grandes agglomérations, comme Lille ou Valenciennes, sont davantage pourvues en professionnels de santé. La densité médicale et paramédicale est également corrélée à la répartition géographique des centres hospitaliers. Le Bassin minier n'échappe pas à la règle. En effet, le territoire du Bassin minier possède 7 centres hospitaliers, répartis sur 4 agglomérations : Béthunois, Lens-Liévin, Douaisis, Valenciennes ; toutes les 4 affichent les effectifs les plus élevés en chirurgiens, anesthésistes ou radiologues.

Pour tenter de pallier la carence de professionnels de santé dans certains territoires, plusieurs tentatives voient le jour en France comme dans les pays européens. Le rapport Descourt<sup>1</sup> fait état des différentes propositions en vue d'améliorer leur répartition sur les territoires.

Synthèse des propositions :

1. Prendre les décrets d'application de l'article 39 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 relatifs aux aides à l'installation.
2. Autoriser les cabinets multi-sites en suivant la réécriture par le Conseil national de l'ordre des médecins et l'article 85 du Code de déontologie.
3. Évaluer, à l'échelon régional et de manière concertée, les besoins en professionnels de santé et donner un outil de prospective aux professionnels.
4. Assouplir et régionaliser d'une part les *numerus clausus* dans les facultés de médecine et de pharmacie et d'autre part le nombre d'entrées dans les écoles de paramédicaux.
5. Développer, dans un cadre contractuel, les incitations en matière d'exonération fiscale et de charges sociales en privilégiant des nouvelles mesures ciblées sur les professionnels de santé exerçant dans les zones déficitaires :
  - Exonérer du paiement de l'impôt sur les bénéfices non commerciaux les 15 000 premiers euros gagnés ;
  - Exempter du paiement de taxe professionnelle les professionnels de santé s'installant et déjà présents dans les zones difficiles d'accès ;
  - Permettre aux collectivités locales achetant les locaux et les mettant à la disposition des professionnels de santé de récupérer la taxe sur la valeur ajoutée ;
  - Moduler les exonérations de charges dont bénéficient les professionnels de santé libéraux.
6. Augmenter le tarif des consultations ou/et des visites des professionnels exerçant dans les zones déficitaires.
7. Mettre en œuvre des aides pérennes pour l'exercice dans des zones déficitaires.
8. Encourager le financement par les collectivités locales de cabinets pluri-professionnels et pluri-disciplinaires réels ou virtuels afin de favoriser un exercice collectif et décloisonné.
9. Encourager le développement des réseaux de santé et de la télé-médecine.

---

<sup>1</sup> Descourt C. *Proposition en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire*. Rapport au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. 2003 ; 71 p.

10. Réaffirmer la place des hôpitaux locaux dans l'offre de soins afin de développer des synergies entre ces établissements, situés majoritairement dans les zones rurales, et les médecins qui y sont installés.
11. Favoriser la venue de professionnels libéraux à l'hôpital en promouvant la présence de praticiens à temps partiel dans les hôpitaux et en améliorant la situation des praticiens contractuels.

Ces propositions ne sont pas exclusives, il appartient aux pouvoirs publics de les englober dans un dispositif général d'offres de soins et d'accès aux soins dans les meilleures conditions. Ils doivent également inéluctablement tenir compte de l'évolution démographique de la population et de l'évolution des pratiques des professionnels de santé.

#### UNE FORTE INFLUENCE ATTENDUE DES MESURES DE DÉVELOPPEMENT ET D'ATTRACTION TERRITORIALE

Outre les mesures évoquées par les rapports nationaux traitant de la question de la démographie des professions de santé, il est certain que les acteurs territoriaux auraient eux-aussi un rôle à jouer. Dans le contexte de concurrence territoriale, évoquée dans l'introduction, il n'est pas possible d'escompter que les seuls textes législatifs ou réglementaires portant sur ces professions puissent suffire à pallier les difficultés qu'auraient à subir la population, les structures de soins et l'ensemble des soignants. Incontestablement, l'accroissement global de l'attractivité des territoires et l'amélioration de leurs capacités spécifiques à attirer ces professionnels représentent un gisement d'opportunités considérable<sup>1</sup>. Ceci ne peut s'opérer que par la mise en œuvre d'une ingénierie territoriale faisant appel à des savoir-faire très éloignés, pour quelques années encore sans doute, des domaines de compétences des acteurs exclusivement sanitaires. Nous ne saurions trop insister sur le potentiel d'une telle politique qu'il conviendrait de définir et de mettre en place en y associant les professionnels de santé, la population, les élus locaux, les acteurs économiques, les services de l'État et les collectivités territoriales<sup>2</sup>.

### **Une place pour la dimension santé des projets territoriaux**

"L'action publique dans les territoires doit plus que jamais être éclairée à la lumière des futurs possibles et souhaitables"<sup>3</sup>. C'est dans ce but que ce rapport d'étude a été commandé à l'Observatoire Régional de la Santé par le Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais au début de l'année 2004.

Pour autant, il reste que 2 des 4 pans de la prospective doivent être mis en route. La prospective s'organise en effet autour de plusieurs axes (qui ne sont pas obligatoirement séquencés dans le temps). Le premier est certes celui de la recherche de données, du diagnostic<sup>4</sup> que cette étude couvre et qui pourrait fort utilement être complété.

Le deuxième est celui de la communication qui doit suivre. *Prospective et vieillissement de la population dans le Bassin minier* n'escompte graver l'avenir du Bassin minier et de ses territoires dans le marbre. Sa finalité est bien de favoriser la formulation des *aspirations* de la société civile par la diffusion préalable d'une *même information fiable* -pour reprendre les termes de l'introduction de ce rapport- auprès des acteurs.

L'animation et l'organisation de la participation des acteurs seront aussi à envisager. Elles permettront de poser les *bonnes questions* et de concevoir des projets adaptés pour chacun des territoires, pour l'ensemble du Bassin minier voire même de la région ou encore conjointement à ces 3 niveaux. Ce seront ces aspirations qu'il conviendra de reprendre en les assistant des savoir-faire nécessaires. Pour cela il conviendra non seulement de favoriser l'implication des acteurs locaux mais aussi d'accompagner l'expression d'une *démocratie délibérative*<sup>5</sup>.

Le moment est sans doute venu de favoriser la constitution des *identités* des territoires, ou plutôt la mutation de leurs identités qui dans le cas présent consisterait dans le passage progressif d'une *aire de difficulté* -le Bassin minier et ses handicaps- à un territoire innovant. Pour ce faire, il conviendra d'explicitier les interdépendances entre territoires et les dimensions sanitaires de besoins et d'offre. "*Territoires et santé entretiennent donc des liens très étroits qui sont souvent oubliés ou négligés*", écrit Michel Picard. "*En outre, leurs relations ne sont pas unilatérales : la santé au sens large est un facteur à prendre en compte dans l'aménagement du territoire en raison de ses implications non seulement sanitaires mais aussi sociales, politiques ou économiques, et toute politique d'aménagement du territoire doit comporter un volet sanitaire*"<sup>6</sup>. Il n'est donc pas uniquement question d'image ou d'identité mais d'opportunités d'action.

---

<sup>1</sup> ORS Nord – Pas-de-Calais. *Les professionnels de santé*, 50/51° Nord, 2003 ; 2, 1-4.

<sup>2</sup> Commissariat Général du Plan. *Regards prospectifs sur l'État stratège*. Paris : Commissariat Général du Plan 2004, 210 p.

<sup>3</sup> Loinger G. Spohr C. : *Prospective et planification territoriales : état des lieux et propositions*. Paris : Ministère de l'équipement, DRAST, DGUHC, n°19 des cahiers du Centre de prospectives et de veille scientifique, 2004, 163 p.

<sup>4</sup> Ibid.

<sup>5</sup> Ibid.

<sup>6</sup> Picard M. *Aménagement du territoire et établissements de santé*. Paris : Conseil économique et social, 2004, 157 p.

Le constat semble général. Les fondements des outils traditionnels de la planification sont de plus en plus remis en cause, ce qui pousse les opérateurs à adopter une autre position pour élaborer leurs stratégies d'aménagement. La planification se doit d'intégrer la formulation des *futurs possibles et souhaitables* et les stratégies d'aménagement ne peuvent plus durablement ignorer la santé, surtout si elles escomptent aboutir à un développement durable, lui aussi.

A ce titre le dernier axe de la prospective, celui de la conduite politique de processus, devrait prendre en compte le poids croissant de *nouveaux acteurs* -non publics- dans la conception de son, ou de ses projets territoriaux. Ce poids et ce rôle sont reconnus lorsqu'ils sont le fait des entreprises<sup>1</sup>. Ils commencent à être reconnus comme légitimes lorsqu'ils sont exercés par des établissements de santé<sup>2</sup>. Mais le besoin existe aussi qu'il soient envisagés, favorisés et activés auprès des professionnels de santé libéraux comme des centres de santé, afin qu'ils trouvent leur place au sein des projets de développement. La compétitivité des entreprises et la qualité de vie des professions de santé dépendent l'une comme l'autre de la qualité de l'environnement humain et d'un environnement riche en services, en infrastructures<sup>3</sup>. Leurs contributions au développement des territoires méritent d'être recherchés.

---

<sup>1</sup> Pommier P. Thierry D. Bergère JM. *Entreprises et développement économique local*. Paris : La documentation française, 2004, 103 p.

<sup>2</sup> Picard M. 2004.

<sup>3</sup> Pommier P. Thierry D. Bergère JM. 2004.





## **Annexe**

### **Ministère de la santé et de la protection sociale**

DÉCRET N° 2004-1172 DU 2 NOVEMBRE 2004 MODIFIANT LE DÉCRET N° 46-2769 DU 27 NOVEMBRE 1946  
PORTANT ORGANISATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DANS LES MINES

NOR: SANS0422912D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre d'État, ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, du ministre de la santé et de la protection sociale et du ministre délégué à l'industrie,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 711-1 et R. 711-1 ; Vu le code minier ;

Vu le code des pensions civiles et militaires de retraite ;

Vu l'article 11 de la loi n° 73-1128 du 21 décembre 1973 portant loi de finances rectificative pour 1973 ;

Vu la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation ;

Vu le décret n° 46-2769 du 27 novembre 1946 modifié portant organisation de la sécurité sociale dans les mines, Décret : Article 1 Le décret du 27 novembre 1946 susvisé est modifié comme suit :

I. - A l'article 1er, les mots : « à couvrir les charges de maternité et les charges de famille » sont remplacés par les mots : « et à couvrir les charges de maternité. »

II. - Après l'article 1er, il est créé un article 1er bis ainsi rédigé :

Art. 1er bis. - Le régime spécial de la sécurité sociale dans les mines comprend trois branches :

1° Maladie, maternité et congé de paternité et décès ;

2° Accidents du travail et maladies professionnelles ;

3° Vieillesse et invalidité. »

III. - Le premier alinéa de l'article 9 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Sont obligatoirement affiliés au régime de la sécurité sociale dans les mines à condition de n'effectuer aucun travail salarié : »

IV. - L'article 10 est remplacé par les dispositions suivantes :

Art. 10. - Le régime de la sécurité sociale dans les mines comprend les organismes suivants :

1° La Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, dont le siège est à Paris ;

2° Des caisses régionales de la sécurité sociale dans les mines auxquelles sont rattachées des antennes locales. »

V. - L'article 14 est remplacé par les dispositions suivantes :

Art. 14. - Les caisses régionales sont instituées et classées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, sur proposition du directeur, après consultation des organismes de la région concernée et avis du conseil d'administration de la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines.

Art. 14 bis. - Les caisses régionales disposent de compétences propres, qu'elles exercent de manière directe :

1° Elles assurent la gestion des oeuvres, services et établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux, dans le cadre du plan prévisionnel approuvé par le conseil d'administration de la Caisse autonome nationale ;

2° Elles gèrent les fonds régionaux prévus aux articles 103 et 103 bis ;

3° Elles mettent en oeuvre les orientations définies au plan national en matière de prévention et d'action sanitaire et sociale. »

VI. - L'article 15 est remplacé par les dispositions suivantes :

Art. 15. - I. - La Caisse autonome nationale détermine la politique générale de la sécurité sociale dans les mines et elle représente son organisation auprès des pouvoirs publics. Dans ce cadre :

1° Elle assure au plan national le financement de la trésorerie des branches du régime minier : assurance maladie, maternité et congé de paternité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles, vieillesse et invalidité ;

2° Elle centralise l'ensemble des opérations des organismes y compris pour les comptes de tiers et assure soit le transfert vers les organismes bénéficiaires, soit le règlement vers tous les organismes désignés à cet effet, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur ;

3° Elle passe des contrats pluriannuels de gestion avec les organismes locaux du régime minier et en assure le suivi ; à ce titre, elle approuve les budgets dans le cadre d'enveloppes pluriannuelles et exerce une mission de contrôle a posteriori ; les dispositions de l'article L. 224-13 du code de la sécurité sociale sont applicables ;

4° Elle organise et dirige les systèmes d'information et met en oeuvre les technologies de l'information et de la communication dans l'ensemble du régime sauf pour la gestion de la branche vieillesse et invalidité ;

5° Elle promeut une politique de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, d'information et d'éducation de nature à améliorer l'état de santé de ses ressortissants ;

6° Elle détermine les orientations de la politique de prévention et d'action sanitaire et sociale et peut exercer une action en ce domaine dans les conditions précisées au titre X ;

7° Elle évalue et contrôle la politique des opérations immobilières des caisses du régime ;

8° Elle dirige, coordonne et contrôle l'ensemble des actions des organismes du régime minier, lesquels ont une obligation d'information envers elle ; les dispositions de l'article L. 224-11 du code de la sécurité sociale sont applicables ;

9° Elle peut conclure des accords avec des tiers en vue de l'acquisition aux meilleures conditions, par les organismes, de biens, fournitures et services ; « 10° Elle agréé les décisions des caisses régionales en matière de restructuration des oeuvres et des établissements sanitaires et sociaux.

II. - La Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines peut déléguer tout ou partie de ses compétences dans le cadre fixé à l'article 18.

A ce titre :

1° Elle veille à la mise en oeuvre des dispositions du contrôle médical dans le régime minier ;

2° Elle assure la gestion de l'assurance maladie, de l'assurance maternité et congé de paternité, de l'assurance décès, des accidents du travail et des maladies professionnelles et procède aux affiliations correspondantes. Sur sa délégation, les organismes locaux du régime minier assurent l'organisation du service de ces prestations, conformément à un cahier des charges défini par elle et dans ce cadre elle peut autoriser la mise en place d'antennes locales ;

3° Elle gère des établissements sanitaires et sociaux et des établissements de vacances et coordonne les actions menées en ce domaine par les organismes locaux du régime.

Pour le compte de la Caisse autonome nationale, la Caisse des dépôts et consignations recouvre les cotisations et gère l'assurance vieillesse et invalidité du régime minier. La Caisse des dépôts et consignations fournit à la Caisse autonome nationale les informations comptables et de gestion y afférentes.

Art. 15 bis. - Chaque organisme visé à l'article 10 établit, à l'issue de chaque exercice, un rapport d'activité dont le modèle type est défini par la Caisse autonome nationale.

Celui de la Caisse autonome nationale est adressé aux ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et des mines ; ceux des caisses régionales sont adressés aux préfets de régions et aux trésoriers-payeurs généraux de régions.

VII. - L'article 24 est remplacé par les dispositions suivantes :

Art. 24. - Les organismes mentionnés à l'article 10 sont administrés par un conseil d'administration ainsi composé :

1° Pour la Caisse autonome nationale, de trente et un membres dont :

- a) Le président, nommé par décret rendu sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale ;
- b) Six membres représentant les ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et des mines, désignés par ceux-ci à raison de deux chacun ainsi qu'un membre représentant le directeur général de la Caisse des dépôts et consignations ;
- c) Huit membres représentant les exploitants ;
- d) Quinze membres représentant les affiliés.

2° Dans les caisses régionales, de dix-sept membres dont :

- a) Dix membres représentant les affiliés ;
- b) Cinq membres représentant les exploitants ;
- c) Deux membres représentant les personnels de l'organisme, siégeant avec voix consultative. « Les membres représentant les exploitants au conseil d'administration de la Caisse autonome nationale sont nommés par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé des mines.

VIII. - Au 2° de l'article 29 les mots : « depuis moins de cinq ans, s'ils exerçaient une fonction de direction, » sont remplacés par les mots : « depuis moins de deux ans, ».

IX. - Au premier alinéa de l'article 55, les mots : « pour les sociétés de secours minières et les unions régionales, par les exploitants implantés dans la circonscription. » sont remplacés par les mots : « pour les caisses régionales, par les exploitants implantés dans la circonscription ou par Charbonnages de France, lorsque aucune activité ne subsiste. »

X. - L'article 70 est remplacé par les dispositions suivantes :

Art. 70. - Les statuts des caisses régionales sont établis par le conseil d'administration de chaque organisme conformément à un statut type établi par la Caisse autonome nationale et fixent le siège et les règles de fonctionnement interne des conseils desdits organismes, notamment, le cas échéant, la formation en leur sein d'un bureau et de commissions dans les conditions prévues à l'article 71.

Les statuts, ainsi que les modifications qui y sont apportées, sont soumis à l'approbation du préfet de région.

Le statut de la Caisse autonome nationale est établi par le conseil d'administration et fixe les règles de fonctionnement interne du conseil d'administration, notamment, le cas échéant, la formation en son sein d'un bureau et de commissions dans les conditions prévues à l'article 71.

Le statut, ainsi que les modifications qui y sont apportées, sont soumis à l'approbation expresse du ministre chargé de la sécurité sociale.

XI. - Aux troisième et quatrième alinéas de l'article 71, après les mots : « représentant les affiliés » sont ajoutés les mots : « en tenant compte de la pluralité des organisations syndicales représentatives ».

XII. - L'article 72 est modifié comme suit :

Au premier alinéa, les mots : « union régionale » sont remplacés par les mots : « Caisse autonome nationale ». Le même alinéa est complété par la phrase suivante : « Il peut se faire assister d'experts. »

Au quatrième alinéa, les deux premières phrases sont remplacées par les dispositions suivantes :

Le comité technique se réunit au moins une fois par an. Le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé des mines ou leurs représentants assistent aux séances avec voix consultative ; ils peuvent inviter le président à réunir le comité.

XIII. - L'article 73 est modifié comme suit :

Au deuxième alinéa les mots : « trois mois » sont remplacés par les mots : « un mois ». Il est inséré avant le dernier alinéa un alinéa ainsi rédigé :

Ces dispositions ne s'appliquent pas au directeur et à l'agent comptable de la Caisse autonome nationale pour les missions confiées à la Caisse des dépôts et consignations.

XIV. - A l'article 87, les mots : « chargé des mines » sont remplacés par les mots : « chargé du budget ».

XV. - L'article 92 est modifié comme suit :

Au troisième alinéa, les mots : « l'union régionale sur avis du comité technique » sont remplacés par les mots : « la Caisse autonome nationale sur avis du comité technique mentionné à l'article 72. »

Aux quatrième et cinquième alinéas, les mots : « l'union régionale » sont remplacés par les mots : « la Caisse autonome nationale » et les mots : « directeur régional de l'industrie et de la recherche » par les mots : « ministre chargé des mines ».

XVI. - Le premier alinéa de l'article 93 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Leur produit est reversé à la Caisse nationale des allocations familiales. »

XVII. - L'article 96 est remplacé par les dispositions suivantes :

Art. 96. - Les cotisations mentionnées aux articles 90 à 93 sont recouvrées, pour le compte de la Caisse autonome nationale, par la Caisse des dépôts et consignations à l'exception de celles mentionnées à l'article R. 711-13 du code de la sécurité sociale.

XVIII. - L'article 97 est remplacé par les dispositions suivantes :

Art. 97. - Celles des cotisations mentionnées aux articles 90 à 93 qui sont versées par les employeurs sont soumises aux dispositions des articles L. 133-3, L. 133-4, L. 242-6, L. 243-1, L. 243-3, L. 243-4 à L. 243-14, L. 244-1 à L. 244-14, L. 272-1 et L. 272-2, L. 273-1, R. 243-2 à R. 243-4, R. 243-6 et R. 243-7, R. 243-10 et R. 243-11, R. 243-13 à R. 243-16, R. 243-18 à R. 243-21, R. 243-28, R. 243-35, R. 243-43, R. 243-46 à R. 243-60, R. 244-1 à R. 244-6, R. 273-1, D. 133-2, D. 133-2-1, D. 243-1 et D. 243-2 du code de la sécurité sociale.

Le contrôle mentionné à l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale est confié à la Caisse des dépôts et consignations.

Pour l'application de l'article L. 244-8 du code de la sécurité sociale, l'organisme fondé à poursuivre l'employeur est la Caisse autonome nationale.

La Caisse des dépôts et consignations fournit à la Caisse autonome nationale, sur sa requête, les informations relatives à la situation des comptes cotisants des entreprises minières.

Les déclarations prévues aux articles R. 243-13 et R. 243-14 sont adressées à la Caisse des dépôts et consignations.

Pour l'application des dispositions prévues par le présent article aux personnes mentionnées au 4° de l'article 5, l'employeur et l'exploitant sont solidairement responsables.

En vue de la tarification des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles, la Caisse des dépôts et consignations fournit à la Caisse autonome nationale tous les éléments financiers susceptibles de faire connaître les recettes soit par employeur, soit par branche d'activité.

XIX. - L'article 98 est remplacé par les dispositions suivantes :

Art. 98. - Sous réserve des dispositions du dernier alinéa de l'article 15, la Caisse autonome nationale assure la gestion :

1° Des branches énumérées à l'article 1er bis ;

2° Des fonds de gestion administrative et d'action sanitaire et sociale ;

3° Du Fonds national de prévention et de promotion de la santé ;

4° Du Fonds national de modernisation des oeuvres.

XX. - L'article 99 est remplacé par les dispositions suivantes :

Art. 99. - I. - Les ressources de la branche vieillesse et invalidité sont constituées par :

1° Les cotisations prévues à l'article 90 ainsi que les produits des pénalités et majorations de retard y afférentes ;

2° Les versements de compensation en application de l'article L. 134-1 du code de la sécurité sociale ;

3° Une subvention du budget de l'État ;

4° Une fraction du produit de la redevance prévue par l'article 31 du code minier ;

5° Les remboursements effectués par le Fonds de solidarité vieillesse créé à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale ;

6° Les remboursements du Fonds spécial d'invalidité visé à l'article L. 815-3-1 du code de la sécurité sociale ;

7° Les produits des recours contre tiers ;

8° La fraction des intérêts créditeurs et des produits nets de placements prévus aux articles 122 et 124 ainsi que les produits relevant du patrimoine du régime ;

9° Le cas échéant, le solde excédentaire de la section "vieillesse du Fonds national d'action sanitaire et sociale ;

10° Tous produits ou contributions prévus par des dispositions législatives ou réglementaires.

II. - Les dépenses de la branche vieillesse et invalidité sont constituées par :

1° Les prestations d'assurance vieillesse et invalidité dues au titre du présent régime et servies par la Caisse des dépôts et consignations ;

2° Les versements effectués au titre des articles L. 814-2, L. 815-2, L. 815-3 et L. 815-4 du code de la sécurité sociale ;

3° Un versement au titre des charges de fonctionnement et des dépenses en capital du budget de gestion administrative engagées pour la gestion de l'assurance vieillesse invalidité ;

4° La fraction des intérêts débiteurs prévus à l'article 123 ainsi que les charges afférentes à la gestion du patrimoine du régime ;

5° Un versement au titre des charges de fonctionnement et des dépenses en capital de la section "vieillesse du Fonds national d'action sanitaire et sociale ;

6° Un versement au titre des charges de fonctionnement et des dépenses en capital de la section "service social du Fonds national d'action sanitaire et sociale ;

7° Les charges diverses en application des dispositions législatives et réglementaires.

XXI. - L'article 100 est remplacé par les dispositions suivantes :

Art. 100. - I. - Les ressources de la branche maladie, maternité et congé de paternité et décès sont constituées par :

1° Les cotisations prévues à l'article 91 ainsi que le produit des pénalités et majorations de retard y afférentes ;

2° Le produit de la contribution sociale généralisée attribuée au régime minier en application des articles L. 136-8 et L. 139-1 du code de la sécurité sociale ;

3° Les versements de compensation effectués en application des articles L. 134-1 et L. 134-4 du code de la sécurité sociale ;

4° Le produit des recours contre tiers et des indemnités forfaitaires perçu en application de l'article 211 bis ;

5° La fraction des intérêts créditeurs et des produits nets de placements prévue aux articles 122 et 124 ;

6° Le remboursement par la Caisse nationale des allocations familiales des indemnités versées en application de l'article 197 bis ;

7° Une fraction des produits de fonctionnement et ressources propres inscrits au Fonds national de gestion administrative au titre des prestations rendues, notamment aux oeuvres ;

8° Le cas échéant, le solde excédentaire de la section "maladie du Fonds national d'action sanitaire et sociale ;

9° Le cas échéant, une fraction du solde excédentaire du Fonds national de prévention et de promotion de la santé ;

10° Le cas échéant, le solde excédentaire du Fonds national de modernisation des oeuvres ;

11° Les produits ou contributions en application des dispositions législatives et réglementaires.

II. - Les dépenses de la branche maladie, maternité et congé de paternité et décès sont constituées par :

1° Les dépenses de prestations dues au titre de l'assurance maladie, maternité et congé de paternité et décès servies par les organismes locaux pour le compte de la Caisse autonome nationale ;

2° Les dépenses de la Caisse autonome nationale au titre des prestations des assurances maladie, maternité et congé de paternité et décès versées à l'étranger ;

3° Les contributions au financement des dépenses afférentes aux soins médicaux visés au livre Ier, titre VII, chapitre IV, du code de la sécurité sociale ;

4° Les versements effectués en application des articles L. 134-1 et L. 381-8 du code de la sécurité sociale ;

5° La fraction des intérêts débiteurs prévus à l'article 123 ;

6° Une fraction des charges de fonctionnement et dépenses en capital inscrites au Fonds national de gestion administrative ;

- 7° Un versement au titre des charges de fonctionnement et dépenses en capital de la section maladie du Fonds national d'action sanitaire et sociale ;
- 8° Un versement au titre des charges de fonctionnement et dépenses en capital de la section "service social du Fonds national d'action sanitaire et sociale ;
- 9° Un versement au titre des charges de fonctionnement du Fonds national de prévention et de promotion de la santé relatives à la branche maladie, maternité et congé de paternité et décès ;
- 10° Les charges diverses imputables à la branche en application des dispositions législatives et réglementaires.

XXII. - L'article 101 est remplacé par les dispositions suivantes :

Art. 101. - I. - Les ressources de la branche accidents du travail et maladies professionnelles sont constituées par :

- 1° Les cotisations mentionnées à l'article 92 ainsi que les produits des pénalités et majorations de retard y afférentes ;
- 2° Les dotations de la surcompensation versée par le régime général en application de l'article L. 134-15 du code de la sécurité sociale ;
- 3° Le produit des recours contre tiers et des indemnités forfaitaires perçues en application de l'article 211 bis ;
- 4° La fraction des intérêts créditeurs et des produits nets de placements prévus aux articles 122 et 124 ;
- 5° Le cas échéant, le solde excédentaire de la section "accidents du travail et maladies professionnelles du Fonds national d'action sanitaire et sociale ;
- 6° Le produit du Fonds national de gestion administrative au titre des prestations rendues, notamment aux oeuvres ;
- 7° Le cas échéant, une fraction du solde excédentaire du Fonds national de prévention et de promotion de la santé ; «
- 8° Les produits ou contributions en application des dispositions législatives et réglementaires.

II. - Les dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles sont constituées par :

- 1° Les prestations servies par les organismes locaux pour le compte de la Caisse autonome nationale et pour les dépenses de prévention ;
- 2° Les dépenses de la Caisse autonome nationale au titre des prestations de même nature versées à l'étranger ;
- 3° Les contributions au financement des dépenses prévues au chapitre IV du titre VII du livre 1er du code de la sécurité sociale ;
- 4° La fraction des intérêts débiteurs prévus à l'article 123 ;
- 5° Un versement au titre des charges de fonctionnement et dépenses en capital de la section "accidents du travail et maladies professionnelles du Fonds national d'action sanitaire et sociale ;
- 6° Un versement au titre des charges de fonctionnement et dépenses en capital de la section "service social du Fonds national d'action sanitaire et sociale ;
- 7° Les dépenses de toute nature résultant de l'application aux affiliés du régime minier des articles D. 461-27 à D. 461-30 du code de la sécurité sociale et incombant au régime minier dans les conditions fixées par convention entre la Caisse autonome nationale et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ;
- 8° Une fraction des charges de fonctionnement et dépenses en capital inscrites au Fonds national de gestion administrative au titre des prestations rendues, notamment aux oeuvres ;
- 9° Un versement au titre des charges de fonctionnement du Fonds national de prévention et de promotion de la santé relatives à la branche accidents du travail et maladies professionnelles ;
- 10° Les charges diverses imputables en application des dispositions législatives et réglementaires.

XXIII. - Les articles 102 à 104 sont remplacés par un chapitre II bis rédigé comme suit :

## **CHAPITRE II BIS FONDS NATIONAUX**

Art. 102. - I. - Les ressources du Fonds national d'action sanitaire et sociale sont constituées par :

- 1° Les versements des branches prévues aux articles 99 à 101 ;
- 2° Les produits de fonctionnement au titre des actions sanitaires et sociales effectuées pour le compte de tiers ;
- 3° Les dons et legs perçus par les organismes du régime ;
- 4° Le remboursement des prêts accordés par la Caisse autonome nationale ;
- 5° Les participations des collectivités territoriales aux dépenses d'action sanitaire et sociale ;
- 6° Les contributions prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

II. - Les charges du Fonds national d'action sanitaire et sociale sont constituées par :

- 1° Les charges d'action sanitaire et sociale de la Caisse autonome nationale prévues au titre X ;
- 2° Les dotations annuelles aux organismes locaux à ce même titre ;
- 3° Les prêts alloués par le fonds au titre de son action immobilière en faveur des établissements sanitaires et sociaux accueillant des ressortissants du régime minier.

Art. 103. - II est institué un Fonds national de prévention et de promotion de la santé et sept fonds régionaux de prévention et de promotion de la santé.

Le fonds national est financé par :

- 1° Le versement de la branche maladie, maternité et congé de paternité et décès ainsi que de la branche accidents du travail et maladies professionnelles ;
- 2° Des subventions d'organismes d'assurance maladie ou de personnes morales ;
- 3° Des dons et legs.

Le fonds national participe au financement des sept fonds régionaux au titre de la politique de prévention et de promotion de la santé.

Les fonds régionaux sont financés par :

- a) Les versements du fonds national ;
- b) Des subventions locales d'organismes d'assurance maladie, des collectivités locales ou d'autres personnes morales ;
- c) Des dons et legs.

Les fonds régionaux financent, dans le cadre de conventions, des actions de prévention menées en partenariat avec des structures de gestion agréées ou mises en oeuvre par les centres de santé ou dans le cadre du réseau de santé.

Ces fonds supportent des charges de fonctionnement.

Art. 103 bis. - I. - Il est constitué un Fonds national de modernisation des oeuvres chargé d'assurer la péréquation de moyens entre les fonds régionaux.

Ce fonds national est alimenté par :

- 1° Une avance, lors de sa création, de la branche maladie, maternité et congé de paternité et décès, remboursable dans les deux ans ;
- 2° Le cas échéant, un prélèvement de 20 % sur les produits des fonds régionaux issus des cessions mobilières et immobilières ainsi que sur le montant des versements des excédents nets des oeuvres ;
- 3° La participation d'organismes d'assurance maladie ou d'autres personnalités morales.

II. - Sont constitués sept fonds régionaux de modernisation des oeuvres destinés à financer les investissements nécessaires à l'agrément des centres de santé ou à la constitution de réseaux de santé dans le ressort des caisses régionales.

Ces fonds régionaux sont alimentés par :

- 1° Le produit des cessions de biens mobiliers et immobiliers réalisées à l'initiative de chacune des caisses régionales ;
- 2° Le versement des excédents nets des oeuvres dans le cadre de délibérations votées par les conseils d'administration des caisses régionales ;
- 3° La participation d'organismes d'assurance maladie, de collectivités territoriales ou d'autres personnalités morales ;
- 4° Un versement du Fonds national de modernisation des oeuvres au titre de la péréquation entre les caisses régionales dans le cadre de l'examen des projets présentés ;
- 5° Une fraction des intérêts créditeurs prévus aux articles 122 et 124 ;
- 6° Des dons et legs.

Ces fonds supportent des dépenses en capital ainsi que, pour le fonds national, le remboursement de l'avance de la branche maladie, maternité, congé de paternité et décès, et pour les fonds régionaux les intérêts débiteurs prévus à l'article 123.

Art. 104. - I. - Les ressources du Fonds national de gestion administrative sont constituées par :

- 1° Les versements des branches mentionnées aux articles 99 à 101 ;
- 2° Le versement des cotisations dues au titre du risque vieillesse par les agents de la Caisse autonome nationale transférés à la Caisse des dépôts et consignations et par l'employeur conformément aux taux fixés par l'article R. 81 du code des pensions civiles et militaires de retraite ;
- 3° Les remboursements pour services rendus au titre des dépenses de fonctionnement, notamment aux oeuvres ;
- 4° Les contributions prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

II. - Les dépenses sont constituées par :

- 1° Les charges de fonctionnement et les dépenses en capital de la Caisse autonome nationale au titre de ses services administratifs et médical, notamment le remboursement à la Caisse des dépôts et consignations des charges de personnel des agents mis à disposition par elle à la Caisse autonome nationale ;
- 2° Le paiement des frais de fonctionnement et des dépenses en capital facturés par la Caisse des dépôts et consignations au vu du mandat de gestion ;
- 3° Les charges de fonctionnement et les dépenses en capital des caisses régionales au titre de leurs services administratifs ;
- 4° Les charges de fonctionnement et les dépenses en capital des centres informatiques du régime minier ;
- 5° Des dépenses d'intérêt national prises en charge par la Caisse autonome nationale à la demande de tiers, notamment les participations aux frais de fonctionnement d'autres organismes de protection sociale et conformément aux dispositions du présent décret ;
- 6° Les charges de la Caisse autonome nationale au titre de la retraite anticipée versée au personnel des organismes locaux ainsi qu'au titre des avantages en nature dus, le cas échéant, à leurs anciens agents ;
- 7° Les dotations destinées à couvrir les charges des organismes locaux au titre des aides à la conversion et des prestations de retraite anticipée demeurant à leur charge ;
- 8° Les prestations de retraite des anciens agents de la Caisse autonome nationale. »

XXIV. - A l'article 105, les mots : « fonds définis à l'article 98 (1° à 4°) » sont remplacés par les mots : « branches définies à l'article 98 ».

XXV. - L'article 106 est modifié comme suit :

Le deuxième alinéa est modifié comme suit :

Les dispositions des articles L. 153-2 et L. 153-4 à L. 153-9 et R. 153-7 du code de la sécurité sociale sont applicables aux organismes mentionnés à l'alinéa précédent, notamment en l'absence de convention d'objectifs et de gestion. » La première phrase du troisième alinéa est remplacée par les dispositions suivantes : Le conseil d'administration de la Caisse autonome nationale vote avant le 1er janvier de l'année à laquelle ils se rapportent :

- 1° Le budget du Fonds national de gestion administrative ;
- 2° Le budget du Fonds national d'action sanitaire et sociale ;
- 3° Le budget du Fonds national de prévention et de promotion de la santé ;
- 4° Le budget du Fonds national de modernisation des oeuvres ;
- 5° Le budget des établissements et oeuvres propres à la Caisse autonome nationale.

Les dépenses en capital peuvent être établies sur la base d'une présentation en autorisations de programme et crédits de paiement. » Il est ajouté deux alinéas ainsi rédigés :

Ces budgets sont votés dans la limite des crédits et des modalités prévus dans la convention d'objectifs et de gestion définie à l'article 106 bis.

Les organismes locaux et la Caisse autonome nationale établissent annuellement un état retraçant l'exécution budgétaire. »

XXVI. - Après l'article 106, il est créé un article 106 bis ainsi rédigé :

Art. 106 bis. - I. - Les ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et des mines concluent avec la Caisse autonome nationale une convention d'objectifs et de gestion comportant des engagements réciproques des signataires.

Cette convention détermine, pour les branches mentionnées à l'article 1er bis, les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement dont la Caisse autonome nationale dispose pour les atteindre et les actions mises en oeuvre à ces fins par chacun des signataires.

Elle précise :

- 1° Les objectifs liés à la mise en oeuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la gestion du risque, le service des prestations ou le recouvrement des cotisations et des impôts affectés ;
- 2° Les objectifs liés à l'amélioration de la qualité du service aux usagers ;
- 3° Les objectifs de l'action sociale et de prévention ;
- 4° Les règles de calcul et d'évolution des budgets de gestion administrative et, s'il y a lieu, des budgets du contrôle médical, d'action sanitaire et sociale et de prévention ;
- 5° Le cas échéant, les conditions de constitution ou d'amélioration et d'évolution du réseau des caisses régionales.

Cette convention prévoit, le cas échéant, les indicateurs quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs. Elle détermine également :

- 1° Les conditions de conclusion des avenants en cours d'exécution, notamment en fonction des lois de financement de la sécurité sociale et des modifications importantes de la charge de travail des organismes liées à l'évolution du cadre législatif et réglementaire de leur action ;
- 2° Le processus d'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés.

II. - La convention d'objectifs et de gestion est conclue pour une période minimale de trois ans.

III. - La Caisse autonome nationale et les organismes mentionnés au 2° de l'article 10 concluent des contrats pluriannuels de gestion déclinant les objectifs et les moyens de la convention d'objectifs et de gestion.

XXVII. - A l'article 107, le premier alinéa est complété par les mots : « à l'exception des catégories de dépenses mentionnées dans la convention d'objectifs et de gestion ».

XXVIII. - L'article 110 est remplacé par les dispositions suivantes :

Art. 110. - Les comptes annuels de la Caisse autonome nationale retracent les opérations des branches de risques.

Les comptes annuels des organismes du régime minier retracent au sein de chaque branche les opérations relatives aux missions qui leur sont confiées par les dispositions législatives et réglementaires.

Ils comprennent le bilan, le compte de résultats et l'annexe relatifs à chaque branche de risque.

Il est tenu une comptabilité distincte pour chaque établissement et oeuvre du régime minier. La Caisse autonome nationale assure un suivi comptable et financier de l'ensemble des oeuvres et établissements du régime. »

XXIX. - L'article 113 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

Le Fonds national de gestion administrative comprend une section comptable spécifique relative aux pensions des anciens agents de la Caisse autonome nationale et une section comptable spécifique relative au contrôle médical.

XXX. - A l'article 116, les deux premiers alinéas sont remplacés par les dispositions suivantes :  
La Caisse autonome nationale organise l'ensemble des circuits relatifs aux flux financiers nécessaires au régime pour assurer la gestion des branches de risques. La Caisse autonome nationale, à compter du 1er janvier 2005, assure un suivi spécifique de la trésorerie par branche et pour un ensemble constitué des oeuvres et des établissements, dans le cadre de la trésorerie unique du régime minier.  
La Caisse des dépôts et consignations gère les flux financiers relevant du mandat de gestion.

XXXI. - L'article 119 est remplacé par les dispositions suivantes :  
Art. 119. - Pour le paiement des prestations, des dépenses de gestion administrative ou d'action sanitaire et sociale ou toute autre charge imputable ainsi que pour les recettes ou tout autre produit dont bénéficie le régime minier, la Caisse autonome nationale et les caisses régionales disposent d'un compte ouvert dans les écritures de la Caisse des dépôts et consignations à Paris.  
Les organismes du régime peuvent disposer d'un compte ouvert au service des chèques postaux.  
La Caisse autonome nationale dispose, en outre, en tant que de besoin, de comptes ouverts dans les banques agréées.  
L'agent comptable qui fait ouvrir un compte externe de disponibilité auprès d'un établissement non agréé commet une faute professionnelle, passible de sanctions disciplinaires sans préjudice de la mise en jeu de sa responsabilité pécuniaire.  
Un compte numéraire est ouvert auprès de la Caisse des dépôts et consignations pour effectuer le paiement des prestations, conformément au mandat de gestion qui lui a été confié.  
Les recettes de ce compte sont constituées par les sommes encaissées par la Caisse des dépôts et consignations lors de l'accomplissement de son mandat, ainsi que des versements effectués par l'agent comptable de la Caisse autonome nationale.

XXXII. - L'article 120 est modifié comme suit :  
Le premier 1° est remplacé par les dispositions suivantes :  
1° Le reversement des cotisations par la Caisse des dépôts et consignations ; »  
Au second 1°, après les mots : « en application de l'article 119 », sont insérés les mots : « et du compte de la Caisse des dépôts et consignations servant au versement des pensions ».

XXXIII. - A l'article 122, la dernière phrase est remplacée par la phrase suivante :  
Ces intérêts créditeurs sont répartis entre les branches et l'ensemble des oeuvres et établissements au vu du suivi de la trésorerie réalisé conformément au premier alinéa de l'article 116.

XXXIV. - A l'article 123, la dernière phrase est remplacée par la phrase suivante :  
Les intérêts débiteurs sont répartis entre les branches et l'ensemble des oeuvres et établissements au vu du suivi de la trésorerie réalisé conformément au premier alinéa de l'article 116.

XXXV. - L'article 124 est remplacé par les dispositions suivantes :  
Art 124. - Les disponibilités excédant les besoins de trésorerie du régime de la sécurité sociale dans les mines peuvent être placées selon des modalités fixées par convention entre la Caisse autonome nationale et l'établissement financier de son choix. La convention de gestion est soumise au conseil d'administration.  
Le produit des placements est réparti entre les branches et l'ensemble des oeuvres et établissements au vu du suivi de la trésorerie réalisé conformément au premier alinéa de l'article 116.

XXXVI. - L'article 155 est complété par un alinéa ainsi rédigé :  
La demande déposée par l'assuré ou à l'initiative de l'organisme qui sert les prestations d'assurance maladie est présentée sur le formulaire réglementaire et transmise au service des pensions du régime minier à la Caisse des dépôts et consignations.

XXXVII. - L'article 156 est remplacé par les dispositions suivantes :  
Art 156. - L'état d'invalidité générale est apprécié par un médecin-conseil dans les conditions énoncées à l'article L. 341-3 du code de la sécurité sociale.  
Le médecin-conseil statue également sur le taux d'invalidité professionnelle prévue aux articles 147 et 151, pour l'attribution de cette prestation.  
Le rapport médical est conservé par le médecin-conseil. Un formulaire de liaison précisant les références nécessaires à l'identification de l'assuré sur lequel le médecin-conseil indique sa décision sur la reconnaissance de l'invalidité et le taux d'incapacité est transmis au service des pensions du régime minier à la Caisse des dépôts et consignations.

XXXVIII. - L'article 157 est remplacé par les dispositions suivantes :  
Art. 157. - Au vu de la décision du médecin-conseil et après examen des conditions fixées :  
1° Pour l'invalidité générale à l'article 147,  
2° Pour l'invalidité professionnelle à l'article 151, le service des pensions du régime minier à la Caisse des dépôts et consignations statue sur le droit à pension et notifie sa décision selon la procédure prévue à l'article R. 341-9 du code de la sécurité sociale.



Les décisions prises par le service des pensions du régime minier à la Caisse des dépôts et consignations en application des alinéas ci-dessus peuvent être contestées selon les procédures et devant les juridictions prévues aux chapitres II et III du titre IV du livre 1er du code de la sécurité sociale. »

XXXIX. - A l'article 175, après les mots : « à la Caisse autonome nationale », sont ajoutés les mots : « , au service des pensions minières, ».

XL. - Aux articles 176 et 177, les mots : « la Caisse autonome nationale » sont remplacés par les mots : « le service des pensions minières à la Caisse des dépôts et consignations ».

XLI. - L'article 178 est remplacé par les dispositions suivantes :

Art. 178. - Le service des pensions du régime minier à la Caisse des dépôts et consignations dispose d'un service situé à Metz.

XLII. - L'article 179 est modifié comme suit :

Au premier alinéa, les mots : « Caisse autonome nationale » sont remplacés par les mots : « le service des pensions du régime minier à la Caisse des dépôts et consignations » et les mots : « par les comptables du Trésor » sont supprimés.

Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

Les arrrages des pensions liquidées à compter du 1er juillet 2005 d'un montant annuel inférieur ou égal au double de celui prévu à l'article 131 font l'objet d'un versement forfaitaire unique selon les modalités prévues à l'article R. 351-26 du code de la sécurité sociale.

XLIII. - L'article 186 est remplacé par les dispositions suivantes :

Art. 186. - Les assurés et leurs ayants droit bénéficient du libre choix du professionnel de santé ou de l'établissement de soins, ainsi que de la gratuité des prestations en nature de l'assurance maladie, telles que définies au chapitre II du titre II du livre III du code de la sécurité sociale.

Le cas échéant, ils font l'avance de tout ou partie des frais de soins de santé et sont remboursés intégralement de ceux-ci dans les mêmes conditions.

XLIV. - Après l'article 192, il est créé un article 192 bis ainsi rédigé :

Art. 192 bis. - Les assurés du régime minier bénéficient de la carte d'assuré social prévue à l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale.

XLV. - Au dernier alinéa de l'article 197 bis, les mots : « deuxième et troisième » sont remplacés par les mots : « premier et deuxième ».

XLVI. - A l'article 202, les mots : « des unions régionales » sont remplacés par les mots : « de la Caisse nationale autonome ».

XLVII. - A l'article 203, les mots : « une union régionale » sont remplacés par les mots : « la Caisse autonome nationale ».

XLVIII. - L'article 204 est remplacé par les dispositions suivantes :

Art. 204. - Les actions de prévention exercées par la Caisse autonome nationale dans le cadre défini à l'article 202 sont les suivantes :

1° La caisse nationale peut, sur avis du comité technique visé à l'article 72, inviter un exploitant ou plusieurs exploitants exerçant une même activité, à adopter certaines mesures de prévention. L'application de ces mesures est soumise à l'homologation préalable du ou des directeurs régionaux de l'industrie, de la recherche et de l'environnement intéressés. Le recours hiérarchique éventuel contre ces décisions est adressé au ministre chargé des mines.

2° La Caisse autonome nationale peut signaler au directeur régional de l'industrie et de la recherche les défauts d'application parvenus à sa connaissance en ce qui concerne les mesures prévues par la réglementation du travail dans les mines.

3° La Caisse autonome nationale réunit la documentation pouvant intéresser la prévention dans les mines et peut solliciter à cette fin l'avis du directeur régional de l'industrie et de la recherche.

Elle établit, en ce qui concerne à la fois les actifs et les retraités, des statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles en tenant compte de leurs causes et des circonstances dans lesquelles ils sont survenus, de leur fréquence et de leurs effets, notamment quant à la durée et à l'importance des incapacités qui en résultent.

Elle procède à l'étude de tous les problèmes de prévention qui se dégagent des renseignements qu'elle détient.

Pour obtenir les données nécessaires à l'exercice des missions définies au présent 3°, la Caisse autonome nationale adresse chaque année aux exploitants un questionnaire spécialement prévu à cet effet.

4° La Caisse autonome nationale recourt à tous les moyens de publicité appropriés pour faire connaître, tant dans les exploitations que parmi la population, les méthodes de prévention et sensibiliser les salariés par l'intermédiaire de leurs syndicats et des délégués à la sécurité des ouvriers mineurs.

Elle favorise l'enseignement de la prévention en liaison avec les services extérieurs compétents de l'État, les ministères intéressés et les organismes qu'ils contrôlent et fait appel au concours des organisations professionnelles, patronales et ouvrières pour les associer à cette oeuvre d'éducation.

5° La Caisse autonome nationale peut faire procéder, sur les conditions d'hygiène et de sécurité, aux enquêtes qu'elle juge utiles. Elle s'adresse, à cet effet, à un enquêteur désigné à sa demande, par le directeur régional de l'industrie, de la recherche et de l'environnement parmi les fonctionnaires sous ses ordres ou les délégués mineurs des circonscriptions intéressées.

6° La Caisse autonome nationale peut, dans la limite d'un montant fixé par arrêté conjoint des ministres chargés respectivement de la sécurité sociale, du budget et des mines :

a) Récompenser les salariés qui se sont particulièrement signalés par leur activité et leurs initiatives en matière de prévention ;

b) Créer ou développer des institutions ou des services dont le but est le perfectionnement, dans le cadre régional, des méthodes de prévention ;

c) Consentir aux exploitations minières et assimilées des avances sans intérêt ou à taux réduit en vue de leur faciliter la réalisation d'aménagements destinés à assurer une meilleure protection des salariés.

Le remboursement des avances est effectué normalement par le maintien de la cotisation au taux antérieur pendant le temps nécessaire ; exceptionnellement, en raison du montant de l'avance, la cotisation pourra être temporairement majorée dans les conditions fixées par le comité technique de la Caisse autonome nationale et approuvées par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales et le directeur régional de l'industrie et de la recherche ;

d) En vue de réaliser à titre d'expérience et sous son contrôle certaines mesures de protection et de prévention, conclure avec des exploitations des conventions comportant une participation au financement de ces mesures. Cette participation peut prendre la forme soit d'avances remboursables, soit de subventions, soit d'avances susceptibles, suivant les résultats obtenus, d'être transformées en tout ou partie, en subventions. Les exploitants bénéficiaires des avances ou subventions visées aux c et d ci-dessus doivent joindre aux réponses aux questionnaires mentionnés au 3° ci-dessus un rapport précisant les résultats obtenus en matière de prévention et indiquant, s'il y a lieu, les mesures complémentaires à envisager ; ce rapport est soumis pour avis au comité technique prévu à l'article 72.

7° La Caisse autonome nationale peut, par l'intermédiaire de son directeur ou de son représentant, participer à toute initiative visant à coordonner au niveau régional des actions de prévention au profit des salariés.

XLIX. - Le 2° de l'article 205 est remplacé par les dispositions suivantes :

2° Que l'organisme compétent est la Caisse autonome nationale qui peut déléguer cette mission à la caisse régionale dans le ressort de laquelle réside l'affilié. Toutefois :

a) La reconnaissance de l'origine professionnelle de l'accident ou de la maladie et l'exercice du contrôle médical sont de la compétence du médecin conseil exerçant auprès de la caisse régionale dans le ressort duquel réside l'affilié ;

b) Le service des prestations peut être assuré pour le compte de la Caisse autonome nationale, sur proposition de son conseil d'administration, par la Caisse primaire d'assurance maladie correspondant au lieu de résidence ; des ententes sont conclues à cette fin entre les organismes concernés. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe les modalités d'application des dispositions du présent alinéa.

L'organisme compétent reçoit des assurés les demandes de prestations, examine leurs droits, calcule le montant des prestations et verse celles-ci.

L. - L'article 211-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

Art. 211 bis. - En contrepartie des frais qu'elle engage pour obtenir le remboursement en application du troisième alinéa des articles L. 376-1 ou L. 454-1 du code de la sécurité sociale, la Caisse autonome nationale perçoit une indemnité à la charge du tiers responsable dans les conditions fixées au cinquième ou sixième alinéa des articles précités.

Lorsqu'en application de l'article 34 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation le service des pensions minières à la Caisse des dépôts et consignations poursuit le remboursement des pensions d'invalidité servies par lui pour le compte de la Caisse autonome nationale consécutivement à un accident imputable en tout ou partie à un tiers, lesdites pensions sont prises en compte pour le calcul de l'indemnité forfaitaire.

L'indemnité forfaitaire prévue au premier alinéa est établie et recouvrée dans les conditions définies au sixième alinéa de l'article L. 376-1 ou au septième alinéa de l'article L. 454-1 précités.

LI. - L'article 217 est remplacé par les dispositions suivantes :

Art. 217. - Conformément à l'article 15, la Caisse autonome nationale fixe, coordonne et contrôle l'ensemble des actions engagées en matière de politique d'action sanitaire et sociale, et de prévention et promotion de la santé par les organismes du régime minier.

Elle conduit, suivant les programmes prioritaires nationaux définis par l'article L. 1417-2 du code de la santé publique, la politique de prévention, d'information et d'éducation pour la santé du régime minier conformément aux principes posés par l'article L. 1417-1 du code précité.

1° Un schéma directeur national d'action sanitaire et sociale et de prévention pluriannuel qui fixe les priorités nationales à suivre ;

2° Un règlement national d'action sanitaire et sociale qui précise la nature et les critères d'attribution des prestations servies ;

3° Un plan national d'orientations du service social qui fixe le rôle et les missions du service social.

Ces documents sont soumis au conseil d'administration de la Caisse autonome nationale pour approbation et sont soumis à l'approbation expresse des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Le conseil d'administration de la Caisse autonome nationale peut autoriser, sur proposition des caisses régionales, la création de nouvelles prestations ou la mise en place de nouveaux modes d'intervention qui doivent faire l'objet d'une approbation expresse des ministres précités.

LII. - Après l'article 224 il est créé un titre XI ainsi rédigé :

**« TITRE XI  
« ORGANISATION SANITAIRE, MEDICO-SOCIALE  
ET SOCIALE  
« CHAPITRE IER  
« GESTION DES OEUVRES**

Art. 225. - Chaque oeuvre, service et établissement sanitaire, médico-social et social est doté d'un budget propre comportant l'ensemble des charges et des produits liés au fonctionnement de la structure selon les modalités déterminées par la Caisse autonome nationale. Dans le cas où le budget de fonctionnement n'est pas équilibré, la structure peut être conservée sur décision du conseil d'administration de la Caisse autonome nationale après avis de la caisse régionale et, selon la nature de la structure, des services déconcentrés compétents en la matière et, le cas échéant, de l'agence régionale de l'hospitalisation, si l'offre de soins au plan local n'est pas à même de répondre aux besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la population.

Dans le cas de réseaux de santé, visés à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique, l'équilibre budgétaire s'entend globalement et non par oeuvre ou par établissement.

Art. 226. - La gestion des établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux et des services d'aides ménagères peut être confiée à des structures constituées avec d'autres organismes au sein de groupements de coopération sanitaire, groupements d'intérêt économique, groupements d'intérêt public, d'associations.

**CHAPITRE II  
CENTRES DE SANTÉ ET RÉSEAUX DE SANTÉ**

Art. 227. - Les caisses régionales peuvent constituer des centres de santé tels que définis à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique.

La décision de déposer une demande d'agrément prévue à l'article L. 6323-1 du code précité est prise par le conseil d'administration de la caisse régionale responsable de la gestion du centre de santé après approbation du conseil d'administration de la Caisse autonome nationale.

Dès l'obtention de l'agrément, la caisse régionale adhère à l'accord national pris en application de l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale régissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les centres de santé.

Après adhésion, les dispositions des articles D. 162-22 à D. 162-24 du code de la sécurité sociale sont applicables aux centres de santé.

Art. 228. - Le conseil d'administration des caisses régionales peut décider, après accord de la Caisse autonome nationale, de la constitution de réseaux de santé, tels que prévus à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique.

Ces réseaux peuvent, conformément à l'article L. 6321-2 du code précité, se constituer en groupements de coopération sanitaire, groupements d'intérêt économique, groupements d'intérêt public ou associations.

Les dispositions des articles R. 162-59 à R. 162-68 du code de la sécurité sociale leur sont applicables.

Art. 229. - Les centres de santé miniers, outre les activités définies à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, ont pour mission de développer, dans le cadre des réseaux de santé, des actions à caractère médical et social, notamment orientées vers la prise en charge des personnes âgées.

Ils relèvent des dispositions des articles L. 162-31, L. 162-32 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale.

Art. 230. - Pour l'exercice de leurs missions, les organismes visés à l'article 10 peuvent se grouper en unions ou en fédérations en vue de mutualiser ou de créer des oeuvres ou des services d'intérêt commun dans les conditions fixées aux articles R. 153-3, R. 216-1 et R. 216-2 du code de la sécurité sociale.

Art. 231. - Afin de permettre la mise en oeuvre d'un partenariat, en particulier pour la gestion des oeuvres, services et établissements sanitaires médico-sociaux et sociaux, et sous réserve des dispositions spéciales du présent décret, un organisme du régime minier peut faire appel au concours d'une autre personne morale pour l'exécution et sous ses directives, de ses missions sur le plan local.

La décision de son conseil d'administration, à cette fin, est soumise au préalable à l'approbation expresse du ministre chargé de la sécurité sociale pour la Caisse autonome nationale, et, dans les autres cas, selon la nature de l'établissement soit à celle du directeur régional des affaires sanitaires et sociales, soit à celle du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

LIII. - Le 2° de l'article 5, les articles 8 ter, 12, 13, 16, 17, 20, 22, 102 et 109, le 4° de l'article 112, l'article 158, le dernier alinéa de l'article 166, les articles 188, 189, 192 et 201, le deuxième alinéa de l'article 207, la dernière phrase du premier alinéa de l'article 214 et les articles 219, 220, 221 et 224 sont abrogés. L'article 187 est abrogé à compter du 1er juillet 2005.

LIV. - A l'article 5, les mots : « , de la société de secours minière et de l'union régionale » sont remplacés par les mots : « et de la caisse régionale de la sécurité sociale dans les mines ».

Aux articles 21, 77, 164 et 191, les mots : « société de secours minière » sont remplacés par les mots : « caisse régionale de la sécurité sociale dans les mines ».

Aux articles 27 et 111, les mots : « des sociétés de secours minières, des unions régionales » sont remplacés par les mots : « des caisses régionales de la sécurité sociale dans les mines ».

A l'article 31, les mots : « sociétés de secours minières ou de plusieurs unions régionales » sont remplacés par les mots : « caisses régionales de la sécurité sociale dans les mines ».

A l'article 32, les mots : « des sociétés de secours minières et de leurs unions régionales » sont remplacés par les mots : « des caisses régionales de la sécurité sociale dans les mines ».

Au deuxième alinéa de l'article 55 et à l'article 73, les mots : « des sociétés de secours minières et des unions régionales » sont remplacés par les mots : « des caisses régionales de la sécurité sociale dans les mines ».

Aux articles 58 et 66, les mots : « d'une société de secours minière ou d'une union régionale » sont remplacés par les mots : « d'une caisse régionale de la sécurité sociale dans les mines ».

Aux articles 71, 78 et 106, les mots : « les sociétés de secours minières et les unions régionales » sont remplacés par les mots : « les caisses régionales de la sécurité sociale dans les mines ».

A l'article 81, les mots : « sociétés de secours minières et aux unions régionales » sont remplacés par les mots : « caisses régionales de la sécurité sociale dans les mines ».

Au premier alinéa de l'article 86, les mots : « d'une société de secours minière ou d'une union régionale » sont remplacés par les mots : « d'une caisse régionale de la sécurité sociale dans les mines ». Au deuxième alinéa du même article, les mots : « de la société de secours minière ou de l'union régionale » sont remplacés par les mots : « de la caisse régionale de la sécurité sociale dans les mines ».

A l'article 117, les mots : « des unions régionales et des sociétés de secours minières » sont remplacés par les mots : « des caisses régionales de la sécurité sociale dans les mines ».

A l'article 118, les mots : « des unions régionales et des sociétés de secours minières » sont remplacés par les mots : « des caisses régionales de la sécurité sociale dans les mines ».

A l'article 159, les mots : « l'union régionale » sont remplacés par les mots : « la caisse régionale de la sécurité sociale dans les mines ». A l'article 163, les mots : « l'union régionale » sont remplacés par les mots : « la Caisse autonome nationale ».

Au premier alinéa de l'article 195, les mots : « société de secours minière à laquelle est affilié le bénéficiaire » sont remplacés par les mots : « Caisse autonome nationale ».

Au deuxième alinéa de l'article 195, les mots : « société de secours d'affiliation » sont remplacés par les mots : « Caisse autonome nationale ».

A l'article 196, les mots : « , les unions régionales ou les sociétés de secours minières » sont remplacés par les mots : « ou les caisses régionales de la sécurité sociale dans les mines ».

A l'article 199, les mots : « société de secours minière d'affiliation » sont remplacés par les mots : « Caisse autonome nationale ». Le 1° de l'article 212 est remplacé par les dispositions suivantes :

1° Les références à la caisse nationale sont remplacées par des références à la Caisse autonome nationale et les références aux caisses régionales et aux caisses primaires d'assurance maladie sont remplacées par des références aux caisses régionales de la sécurité sociale dans les mines ; ».

Aux trois premiers alinéas de l'article 214, les mots : « d'union régionale », « l'union régionale » et « les unions régionales » sont respectivement remplacés par les mots : « d'une caisse régionale de la sécurité sociale dans les mines », « la caisse régionale de la sécurité sociale dans les mines » et « les caisses régionales de la sécurité sociale dans les mines ».

Dans la première phrase de l'article 218, les mots : « unions régionales et les sociétés de secours minières » sont remplacés par les mots : « caisses régionales de la sécurité sociale dans les mines ».

Dans la seconde phrase du premier alinéa de l'article 218, les mots : « aux unions régionales et aux sociétés de secours minières » sont remplacés par les mots : « aux caisses régionales de la sécurité sociale dans les mines ».

Au premier alinéa de l'article 222, les mots : « les unions régionales » sont remplacés par les mots : « les caisses régionales de la sécurité sociale dans les mines ».

Au second alinéa de l'article 222, les mots : « , aux unions régionales et aux sociétés de secours minières » sont remplacés par les mots : « et aux caisses régionales de la sécurité sociale dans les mines ».

Article 2

I. - Les dispositions du présent décret s'appliquent à compter du 1er janvier 2005, à l'exception des dispositions du XLIII de l'article 1er, qui entrent en vigueur le 1er juillet 2005.

La création des caisses régionales de la sécurité sociale dans les mines intervient au plus tard le 1er janvier 2007. Jusqu'à cette date, les sociétés de secours minières et les unions régionales exercent, pour ce qui les concerne, les attributions confiées aux caisses régionales par l'article 1er.

II. - L'agent d'une caisse régionale qui, à la date de création de ladite caisse, est affilié au régime minier y demeure affilié, sauf demande contraire de sa part.

Article 3

Le ministre d'État, ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de la santé et de la protection sociale, le ministre délégué à l'industrie, le secrétaire d'État au budget et à la réforme budgétaire et le secrétaire d'État à l'assurance maladie sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.



## **Bibliographie**

Antonov Zafiro P, Vaillant E. Projections infra-régionales de population pour 2030 : des situations contrastées sur les différents territoires du Nord – Pas-de-Calais. Profils INSEE, n°9, novembre 2001.

Blanchet D, Lerais F. *Projections de population active en 2050 : l'essoufflement de la croissance des ressources en main-d'œuvre*. Population Active. Économie et statistique n° 335-356, 2002.

Brutel N. *La population de la France métropolitaine en 2050 : un vieillissement inéluctable*. Population, économie et statistique n° 335-356, 2002.

Cabiddu M. Les chances et les moyens du nouveau développement d'un ancien Bassin minier. Rapport au premier ministre. Avril 2001. 131 p.

Colin C. Que nous apprend l'enquête HID sur les personnes âgées dépendantes, aujourd'hui et demain ? Revue Française des Affaires Sociales 2003 ; n°1-2 : 77-101.

Commissariat Général du Plan. Groupe "Prospective du système de santé". Santé 2010. Paris : La documentation française, 1993 ; 151 p.

Commissariat général au plan. Santé 2020. Groupe "Perspective du système de santé" présidé par Raymond Soubie. La documentation Française. Juin 1993. 135 p

Commissariat Général du Plan. *2005 : le choc démographique, défi pour les professions, les branches et les territoires*. Paris : La Documentation française, 2002, 163 p. et annexes.

Commissariat Général du Plan. *Regards prospectifs sur l'État stratège*. Paris : Commissariat général du Plan 2004, 210 p.

Conseil économique et social régional du Nord – Pas-de-Calais. *Les personnes âgées en perte d'autonomie : tout mettre en œuvre pour éviter leur exclusion*. Commission "Santé, Problèmes Sociaux et Familiaux"; mai 2001 : 140 p.

Cour des comptes. La fin des activités minières. Rapport au président de la république suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés. Décembre 2000. 135 p

De Silguy Y-T. (Dir.). Moderniser l'État : l'encadrement supérieur. Rapport au ministre de la fonction publique, de la réforme de l'État et de l'aménagement du territoire. Paris : multigr. 55 p. et annexes.

Delamarre A. *La prospective territoriale*. La documentation française. Juillet 2002. 110 p.

Descourt C. *Proposition en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire*. Rapport au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. 2003 ; 71 p.

École Nationale d'Administration. Le vieillissement de la population française et ses conséquences sur les politiques publiques. Séminaire de questions sociales de la promotion "Nelson Mandela" (1999-2001). Paris : multigr. 2001, 452 p. et annexes.

Études et résultats n°17. DREES, 1999.

Gérontologie et société n°97, juin 2001.

Godet M. Le choc de 2006, démographie, croissance emploi. Odile Jacob, décembre 2002. 300 p.

Huriet C, Jacquat D. Citoyen-Ville-Santé. Quelles réponses concrètes pour la mise en œuvre d'une politique locale de santé publique ? Paris : Rencontres parlementaires "Santé Société Entreprise", actes du colloque de novembre 2003, 106 p.

*Inventaire du patrimoine sanitaire et social des mines du Bassin minier Nord – Pas-de-Calais*. Mission Bassin minier Classeur 1. Juin 2003.

Jacobzone S, Cambois E, Robine JM. La santé des personnes âgées dans les pays de l'OCDE s'améliore-t-elle assez vite pour compenser le vieillissement de la population ? Revue économique de l'OCDE n°30, 2000/1. OCDE 2000. 203 p.

*La santé d'une région, état et tendances dans le Nord - Pas-de-Calais*. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 1995 ; 517 p.

Lacoste O, Debeugny S. Les réseaux médicaux sanitaires et sociaux locaux. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 1998, 190 p. et annexes

Lacoste O, Salomez JL. (présentation). *Simulations de la démographie médicale régionale Nord - Pas-de-Calais 2000 - 2020, DREES*. Lille : Observatoire Régional de la Santé Nord - Pas-de-Calais, 2001 ; 12 p.

Lacoste O, Spinosi L, Declercq C et alii. L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 1996 ; 191 p.

L'Annuaire de la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et dispositifs d'aide à leurs aidants. 1<sup>ère</sup> édition 2004. Paris : Fondation Médéric Alzheimer, février 2004 ; 693 p.

Loinger G, Spohr C : *Prospective et planification territoriales : état des lieux et propositions*. Paris : Ministère de l'équipement, DRAST, DGUHC, n°19 des cahiers du Centre de prospectives et de veille scientifique, 2004, 163 p.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité DATAR CREDES. Quel système de santé à l'horizon 2020 ? Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires. Paris : La documentation française, 2000 ; 358 p.

Omalek L. Projections régionales de la population pour 2030 : l'impact des migrations. INSEE Première, n°805, septembre 2001.

ORS Midi-Pyrénées. *Vieillir en Midi-Pyrénées*. Toulouse. 2002. 87 pages + annexes.

ORS Nord - Pas-de-Calais. *Les professionnels de santé*, 50/51° Nord, 2003 ; 2, 1-4.

Picard M. *Aménagement du territoire et établissements de santé*. Paris : Conseil économique et social, 2004, 157 p.

Poirier G, Lacoste O. *Médecins et territoires*. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais. Avril 2004. 91 p.

Pommier P, Thierry D, Bergère JM. *Entreprises et développement économique local*. Paris : La documentation française, 2004, 103 p.

Rengot M, Spinosi L. *Tableau de bord des professions paramédicales et sages-femmes dans la région Nord - Pas-de-Calais*. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2002 ; 79 p.

Rui S. La démocratie en débat. Les citoyens face à l'action publique. Paris : Armand Colin, 2004, 264 p.



## ***Sigles et acronymes***

**AGGIR** : Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso Ressource  
**APA** : Allocation Personnalisée d'Autonomie  
**C. A.** : Communauté d'Agglomération  
**C. U.** : Communauté Urbaine  
**CAFAD** : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile  
**CANAM** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles  
**CANSSM** : Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale dans les Mines  
**CMD** : Catégorie Médicale de Diagnostic  
**CNAMTS** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés  
**CPAM** : Caisse primaire d'Assurance Maladie  
**CPBM** : Conférence Permanente du Bassin Minier  
**CREDES** : Centre de Recherche, d'Études et de Documentation en Économie de la Santé  
**DARES** : Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques  
**DATAR** : Délégation à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Régionale  
**DGUHC** : Direction Générale de l'Urbanisme, de l'Habitat et de la Construction  
**DPD** : Direction de la Programmation et du Développement  
**DRAST** : Direction de la Recherche et des Affaires Scientifiques  
**DREES** : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques  
**ENA** : École Nationale de l'Administration  
**HAD** : Hospitalisation À Domicile  
**HID** : Handicaps, Incapacités, Dépendances  
**ICF** : Indice Conjoncturel de Fécondité  
**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Études Économiques  
**MSA** : Mutualité Sociale Agricole  
**NTIC** : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication  
**ONDPS** : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé  
**ORS** : Observatoire Régional de la Santé  
**PMSI** : Programme de Médicalisation du Système d'Information  
**PSD** : Prestation Spéciale dépendance  
**RGP** : Recensement Général de Population  
**SAE** : Statistique Annuelle des Établissements de santé publics et privés  
**SOGINORPA** : SOciété de Gestion Immobilière du NORd – PAs-de-Calais  
**SSIAD** : Services de Soins Infirmiers A Domicile  
**SSM** : Société de Secours Minière  
**TIC** : Technologie de l'Information et de la Communication  
**UNESCO** : United Nations Educational Scientific and Cultural Organization

