

Éléments sanitaires dans les communes minières du Nord - Pas-de-Calais

État de santé, offre de soins et potentiels de développements

14
2

Olivier Lacoste, Gilles Poirier

Avec la participation de Frédéric Cousin pour la cartographie



Étude réalisée pour

L'Association des communes minières Nord – Pas-de-Calais

Éléments sanitaires dans les communes minières du Nord - Pas-de-Calais

État de santé, offre de soins et potentiels de développements

Olivier Lacoste ¹

Gilles Poirier (statistique) ²

Frédéric Cousin (cartographie) ³

¹ Directeur, ORS Nord – Pas-de-Calais, Loos
Membre de la Commission d'évaluation économique et de santé publique à la Haute Autorité de Santé

² Statisticien - chargé d'études, ORS Nord – Pas-de-Calais, Loos

³ Cartographe, Communauté d'agglomération de Lens-Liévin

Sommaire

Le Bassin minier du Nord – Pas-de-Calais	9
L'état de santé	11
Mortalité avant 65 ans	13
Mortalité relevant de la prévention.....	15
Mortalité relevant du système de soins.....	17
Évolution de la mortalité entre 1982 et 2007	19
L'offre de soins et de santé.....	25
Professionnels de <i>proximité</i>	25
Les professions polarisantes.....	28
Le point fort des pôles d'offre.....	30
L'évolution récente de la démographie des professions de santé.....	33
Potentiel de développement et conclusion	35
Des besoins aigus d'une ingénierie locale.....	36
Intelligence des points forts, vigilance vis-à-vis des risques de la proximité	38
Bibliographie.....	39
Annexes.....	41
Annexe 1 : Cartographie.....	43
Annexe 2 : Table des tableaux, cartes et annexes	67

Le Bassin minier du Nord – Pas-de-Calais

De la santé des populations des 160 communes adhérentes à l'Association des communes minières, il faut avant tout retenir que l'extrême anomalie dont elle fait preuve résulte de son découplage avec l'amélioration globale de l'état de santé des français.

Cette rupture s'est engagée dès les toutes premières années de la décennie 1950, se développant sous la forme d'une *crise sanitaire* connaissant son paroxysme dans les années 70. Au total, on peut estimer *au bas mot* que les pertes en vie humaine, ce surcroît de décès supporté au cours des 65 dernières années équivaut à la somme des populations des communes actuelles de Béthune, Douai, Denain, Lens, Liévin et Valenciennes¹.

Cet état de santé plus que difficile de la population du *Bassin minier* n'a été connu, si ce n'est reconnu, que depuis le début des années 90. L'explicitation des mécanismes de disjonction entre l'amélioration de l'état de santé français et leur lenteur au sein des populations du Bassin minier ne date, quant à elle, que de 2013².

Aussi, au-delà des éléments classiques du constat relativement bien connus (surmortalité exceptionnellement forte pour la quasi-totalité des causes de décès touchant indistinctement les hommes comme les femmes, et ce, aux âges actifs c'est-à-dire entre 25 et 60 ans), ce rapport s'est appliqué à collecter d'autres *éléments* venant compléter ce tableau, dont la noirceur parfois lasse l'opinion. Au-delà des sombres réalités décrites, il fallait apporter d'autres éléments avérés, complémentaires, susceptibles de minimiser les risques d'une acceptation sociale par l'exposé d'améliorations tangibles sans omettre, de plus, les points forts de ce territoire.

Ce bref rapport, *éléments sanitaires dans les communes minières du Nord – Pas-de-Calais*, réunit des données que l'ORS a pu collecter et, dans la plupart des cas, traiter et analyser. N'ont été retenus que des éléments certes disponibles, mais présentant aussi un fort degré de fiabilité dans la description de la situation locale.

Les indicateurs ne pouvaient, dans la majorité des cas, être présentés par commune en raison de risques trop élevés d'instabilité statistique. C'est pourquoi, il a été retenu de présenter les indicateurs par grands territoires, sur la base des découpages couramment employés : communautés d'agglomération en tant qu'EPCI³ et zones de proximité résultant de la mise en œuvre de la loi Hôpital Patient Santé et Territoire.

¹ C'est-à-dire au minimum 192 000 morts.

² ORS Nord – Pas-de-Calais. Approche différentielle de la mortalité territoriale : l'ICEM. http://www.orsnpsc.org/etudes/293536_licem.pdf

³ Parfois des données datées, mais les dernières dont l'ORS soit en possession, d'où quelques tableaux avec des dénominations datées, pour les EPCI particulièrement.

Des comparateurs choisis, et explicités

Une grande attention a été portée aux *comparateurs* dans la conception de l'analyse. Aussi, sont présentés, non seulement les indicateurs des six communautés d'agglomération et des quatre zones de proximité recouvrant le périmètre d'extension des communes du Nord – Pas-de-Calais adhérentes à l'ACM 59-62, mais aussi leurs homologues situées elles aussi dans le Nord – Pas-de-Calais, et enfin six EPCI⁴ et cinq zones d'emploi⁵ situées dans d'autres régions comprenant des communes minières.

La cartographie a été réalisée par les services de la communauté d'agglomération de Lens-Liévin. Les cartes ont été dressées par zones d'emploi et par communes, afin de compléter au mieux la présentation et l'analyse des tableaux statistiques présentés dans le corps de l'étude.

Une première présentation des éléments principaux a été faite le 15 mai 2014 devant l'ACM 59-62. À la suite des riches débats qui ont suivi, il a été convenu que quelques points devaient être complétés, que la question des relations entre état de santé dégradé et précarité devait être traitée en suivant la même démarche comparative et au moyen d'indicateurs reconnus et éprouvés. Quant à la dernière partie, traitant des potentiels de développement, elle a résulté des échanges entre l'ACM 59-62 et l'ORS Nord – Pas-de-Calais.

⁴ CA de Mulhouse Alsace agglomération (Alsace), CA d'Alès agglomération (Languedoc-Roussillon), CA du Pays d'Aix-en-Provence (Provence-Alpes-Côte d'Azur), CA de Forbach Porte de France (Lorraine), CA de Portes de France-Thionville (Lorraine) et CU du Creusot Montceau les Mines (Bourgogne).

⁵ Le Creusot-Montceau (Bourgogne), Metz (Lorraine), Thionville (Lorraine), Mulhouse (Alsace), Alès (Languedoc-Roussillon).

L'état de santé

Pour de multiples raisons (techniques, historiques, temporelles, territoriales, économiques), parce que les méthodologies d'analyses sont connues, communes, publiées et enseignées, l'analyse de la mortalité a été et reste encore la principale source d'information exploitée lorsque l'on veut décrire l'état de santé d'une population.

Il est admis par consensus, et il est donc usuel de considérer que plus la mortalité est élevée plus l'état de santé moyen (pathologies, troubles fonctionnels, bien-être) est problématique.

Si, pour chaque personne le décès est un événement attendu et certain, il reste qu'à l'échelle d'une population il existe toujours une extrême variabilité des causes et des âges au moment du décès. C'est bien cette variabilité qui est analysée par l'exploitation des données de mortalité, d'un *événement statistique rare* puisque se situant toujours, hors période de conflits armés ou de catastrophe naturelle majeure, en moyenne annuelle, de l'ordre de dix décès pour mille personnes. Aussi, l'analyse de la mortalité implique que l'on retienne des populations d'au moins 10 000 personnes, des territoires de 10 000 habitants, et ce, pour une analyse portant sur l'ensemble des décès.

Pour analyser la mortalité, il faut neutraliser les effets d'âges de la population. En effet, si l'on rapporte le nombre de décès à la population, et que l'on élabore ainsi un taux brut de mortalité, il est certain que ce taux sera d'autant plus élevé que la population sera en moyenne âgée. Ainsi, recourir au taux brut de mortalité n'est pas le bon abord pour traiter de la mortalité. Aussi, convient-il de recourir à un autre indicateur statistique : l'**indice comparatif de mortalité (ICM)**. L'ICM est le rapport entre un nombre de décès enregistrés, que l'on qualifie de décès observés, à un nombre de décès attendus dans cette même population, si la population avait eu les mêmes taux de décès par classes d'âges qu'une autre population retenue comme référence.

L'ICM se calcule donc en divisant le nombre de décès observés par le nombre de décès attendus si la structure de la mortalité avait été la même que celle de l'autre population, le tout étant enfin multiplié par 100, afin d'obtenir un indice de référence de valeur 100 plus aisé à comprendre. Cette autre population de référence, qui est la population *standardisante* peut être variable. Pour notre part, nous optons toujours pour une standardisation sur la France.

À titre d'exemple, dans les zones d'emploi du bassin minier (Douai, Valenciennes, Lens-Hénin et Béthune-Bruay), entre 2007 et 2010, 49 601 décès ont été enregistrés, observés. Si la mortalité avait eu l'exacte structure de la mortalité française, c'est 34 319,4 décès qui auraient pu être constatés.

L'ICM toutes causes de l'ensemble de la population du Bassin minier élaboré pour cette période de quatre ans est donc :

$$ICM = \frac{49\,601}{34\,319,4} \times 100 = 1,3007 \times 100 = 130,7$$

Ainsi, apparaît une **surmortalité de 30,7 % supérieure à la norme française**, c'est ce qu'indique l'ICM de 130,7 des quatre zones d'emploi du Bassin minier.

Ce sont donc au total **3 070 décès** par an qui constituent l'excès de décès, soit presque autant que l'ensemble des décès français par accidents de la circulation. Aucune autre population, nul autre territoire en France, n'est exposé à un tel *fardeau* sanitaire, et ce, depuis l'immédiate après-guerre.

Présentation des éléments de mortalité

Sont présentés dans les tableaux statistiques ci-dessous et les tableaux suivants, les éléments se rapportant aux communautés d'agglomération recouvrant le périmètre des communes minières du Nord – Pas-de-Calais pour les quatre dernières années disponibles. En lieu et place des classements nationaux, nous avons opté pour une présentation mettant en évidence les effectifs de décès attendus (si la mortalité avait été égale à celle de la France métropolitaine) et les décès observés, c'est-à-dire enregistrés durant ces quatre années. Ces informations ont été obtenues auprès de l'INSERM, service CépiDc de Villejuif.

Les éléments descriptifs de la mortalité masculine et féminine sont présentés pour information. Bien que les éventuels écarts soient mentionnés dans le texte, c'est avant tout la mortalité globale portant sur les décès des deux sexes qui est commentée.

Tableau 1 : Mortalité toutes causes dans les communautés d'agglomération. Période 2007-2010

Tous âges 2007 - 2010	Région	Hommes			Femmes			TOTAL		
		Décès observés	Décès attendus	lcm	Décès observés	Décès attendus	lcm	Décès observés	Décès attendus	lcm
CA de la Porte du Hainaut	NPC	3204	2231	144	2961	2246	132	6165	4554	135
CA de Béthune - Bruay, Noeux et Environs	NPC	4725	3258	145	4793	3635	132	9518	7048	135
CA du Douaisis [C.A.D.]	NPC	3027	2321	130	2930	2360	124	5957	4740	126
CA Valenciennes Métropole	NPC	3825	2648	144	3581	2743	131	7406	5493	135
CA d'Hénin - Carvin	NPC	2370	1709	139	2296	1748	131	4666	3526	132
CA de Lens - Liévin	NPC	5065	3378	150	4795	3741	128	9860	7313	135
CA Mulhouse Alsace Agglomération (m2A)	ALS	4157	4181	99	4036	3972	102	8193	8185	100
CA Alès Agglomération	LRO	2097	2102	100	2003	1989	101	4100	4081	100
CA du Pays d'Aix-en-Provence (CAPA)	PAC	5586	6404	87	5440	5951	91	11026	12345	89
CA de Forbach Porte de France	LOR	1559	1340	116	1429	1156	124	2988	2497	120
CA Portes de France-Thionville	LOR	1413	1347	105	1345	1205	112	2758	2550	108
CU Le Creusot Montceau-les-Mines	BOU	2340	2181	107	2156	2237	96	4496	4433	101
CU d'Arras	NPC	1814	1535	118	1702	1535	111	3516	3105	113
CA Maubeuge - Val de Sambre	NPC	2524	1878	134	2260	1745	129	4784	3656	131
CA de Cambrai	NPC	1592	1206	132	1523	1216	125	3115	2455	127
CU Lille Métropole	NPC	16680	14011	119	15827	14357	110	32507	28837	113
CU de Dunkerque	NPC	3739	2737	137	3194	2660	120	6933	5483	126
CA de Saint-Omer	NPC	1255	985	127	1140	907	126	2395	1907	126
CA du Boulonnais	NPC	2403	1682	143	2388	1830	131	4791	3589	133
CA du Calaisis	NPC	1712	1290	133	1565	1305	120	3277	2641	124
France				100			100			100

Sources : INSERM-CépiDc, INSEE. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

ANALYSE ET COMMENTAIRES

Toutes les communautés d'agglomération ont des populations exposées à des surmortalités supérieures à 25 % au-delà de la mortalité moyenne médiane. Cet état apparaît donc dans toute son anormalité puisque Forbach, qui est la seule *intercommunalité minière* en Lorraine, présente dans ces tableaux une surmortalité franche mais dont l'ampleur est toutefois moindre. On ne peut donc en induire qu'il existe une surmortalité minière systématique.

Cependant, d'autres intercommunalités du Nord – Pas-de-Calais (Boulogne-sur-Mer, Saint-Omer, Dunkerque, Cambrai et Maubeuge) souffrent d'excès de mortalité dans des proportions comparables. (Voir carte par zone d'emploi en annexe).

Mortalité avant 65 ans

Il existe bien des façons d'exploiter les données de mortalité afin d'en extraire des informations utiles. Pour notre part, nous optons comme d'autres pour le recours privilégié à la mortalité prématurée, c'est-à-dire avant 65 ans.

En France, c'est le Haut Conseil de la Santé Publique⁶ (HCSP) qui recommande le recours à la mortalité prématurée, reprise ici. Le seuil est fixé à l'ensemble des classes d'âges inférieures à 65 ans pour deux raisons. D'une part, cet âge correspondait au départ en retraite et aussi à l'espérance de vie moyenne mondiale à l'époque. Aussi, l'utilisation de cette mortalité prématurée est pratiquée tant au plan national qu'international. D'autre part, il était devenu indispensable de disposer, dans un contexte de pilotage global, qui ne se disait pas encore *transversal*, d'outils de suivi des politiques et des actions de santé publique.

UN TRACEUR DE L'ACTION PUBLIQUE

La mortalité prématurée, particulièrement élevée en France est ainsi devenue le traceur de l'action publique, l'outil d'orientation prioritaire de la décision. Cependant, comme les deux suivantes examinées plus loin, *elle n'a pas pour finalité de fournir des indicateurs opérationnels et pragmatiques pour les acteurs de terrain*⁷. Elle se décline en deux sous-groupes, évoqués et décrits dans les pages suivantes immédiates :

- a. *La mortalité prématurée évitable par des actions sur les facteurs de risque individuel ;*
- b. *La mortalité prématurée évitable par des actions sur le système de soins.*

La mortalité prématurée, dont les effectifs ne sont que d'un quart du total des décès, est donc abordée par son ICM, élaboré pour une population âgée de moins de 65 ans.

Tableau 2 : Mortalité toutes causes avant 65 ans dans les communautés d'agglomération. Période 2007-2010

Avant 65 ans 2007 - 2010	Hommes			Femmes			TOTAL		
	Décès observés	Décès attendus	ICM	Décès observés	Décès attendus	ICM	Décès observés	Décès attendus	ICM
CA de la Porte du Hainaut	1109	712	156	499	337	148	1608	1050	153
CA de Béthune - Bruay, Noeux et Environs	1706	1057	161	755	494	153	2461	1549	159
CA du Douaisis [C.A.D.]	1051	707	149	469	334	140	1520	1043	146
CA Valenciennes Métropole	1419	868	163	630	419	150	2049	1294	158
CA d'Hénin - Carvin	888	561	158	380	272	140	1268	838	151
CA de Lens - Liévin	1890	1101	172	774	531	146	2664	1639	163
CA Mulhouse Alsace Agglomération (m2A)	1178	1240	95	559	568	98	1737	1799	97
CA Alès Agglomération	475	467	102	229	230	100	704	703	100
CA du Pays d'Aix-en-Provence (CAPA)	1359	1761	77	729	866	84	2088	2652	79
CA de Forbach Porte de France	469	417	112	211	189	112	680	601	113
CA Portes de France-Thionville	349	369	95	187	177	106	536	548	98
CU Le Creusot Montceau-les-Mines	555	483	115	239	227	105	794	711	112
CU d'Arras	627	478	131	296	230	129	923	711	130
CA Maubeuge - Val de Sambre	901	600	150	406	285	142	1307	887	147
CA de Cambrai	519	355	146	233	171	137	752	528	142
CU Lille Métropole	5758	4664	123	2791	2290	122	8549	7014	122
CU de Dunkerque	1458	975	150	599	460	130	2057	1437	143
CA de Saint-Omer	478	329	145	206	153	134	684	481	142
CA du Boulonnais	897	551	163	405	273	148	1302	833	156
CA du Calaisais	680	433	157	299	209	143	979	646	152
France			100			100			100

Sources : INSERM-CépiDc, INSEE. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

⁶ HCSP. *La santé en France. Rapport général*. Paris : Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, 1994 ; 333 p.

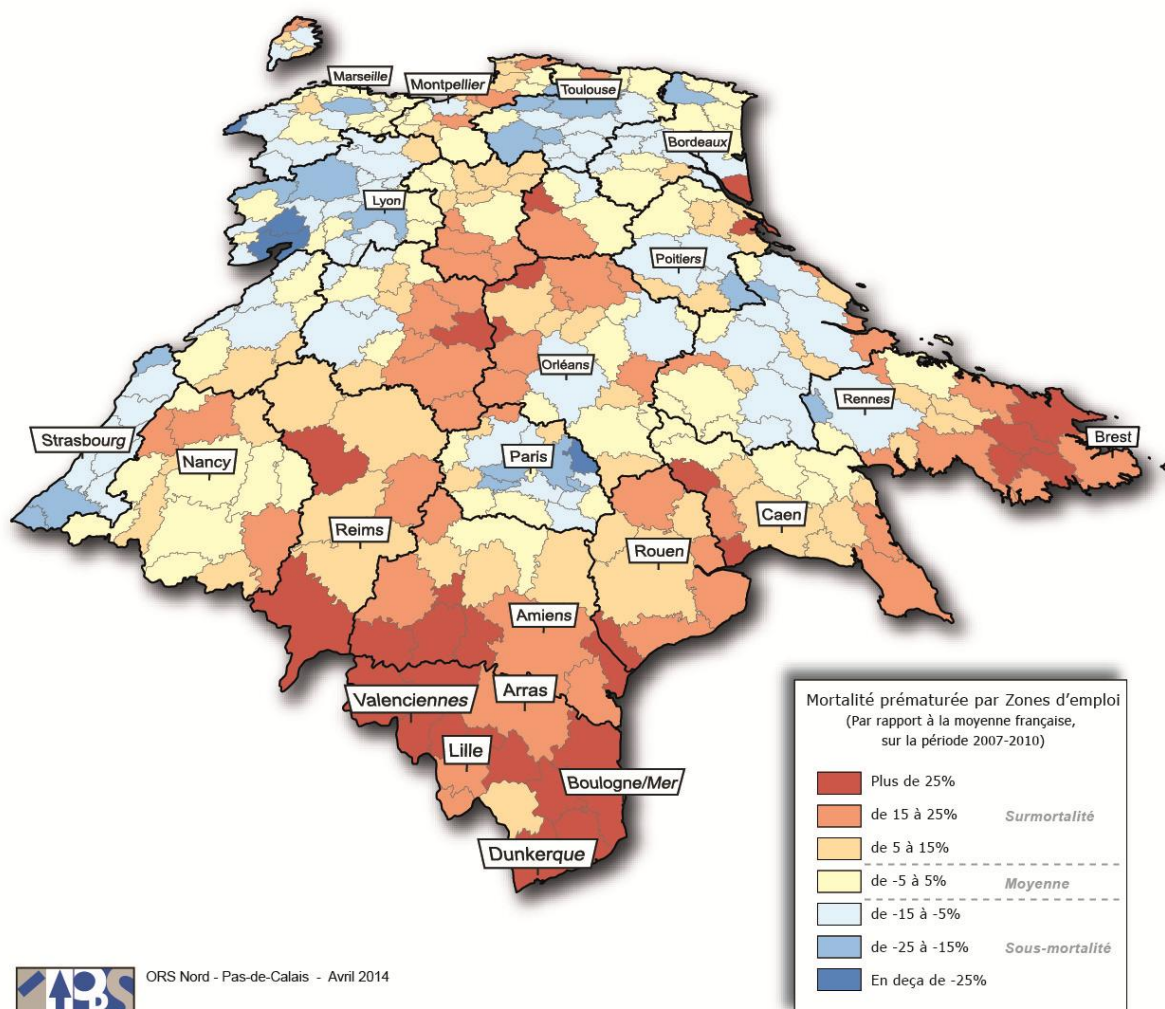
⁷ HCSP. *Indicateurs de mortalité « prématurée » et « évitable »*. Paris : HCSP, 2013 ; 29 p.

ANALYSE ET COMMENTAIRES

La mortalité d'âges jeunes, avant 65 ans, comme dans toutes les populations européennes, représente un nombre de décès bien moindre. Cependant, le recours à l'indicateur ICM permet de faire apparaître la très forte surmortalité à laquelle sont confrontées les communes minières du Nord – Pas-de-Calais. Les valeurs, pour les décès hommes et femmes additionnés, sont partout au-delà de 45 % de surmortalité. (Voir carte par zones d'emploi en annexe)

La spécificité de ce handicap est patente lorsque l'on compare ces valeurs à celles des intercommunalités minières situées ailleurs en France ET à celles du Nord – Pas-de-Calais. Exception faite de Boulogne-sur-Mer, le fardeau sanitaire minier est sans équivalent connu en France. (Voir carte 1)

Carte 1 : Mortalité prématurée toutes causes dans le Bassin minier et dans les zones d'emploi de France métropolitaine. Période 2007 - 2010



ORS Nord - Pas-de-Calais - Avril 2014

Sources : INSERM-CépiDc, INSEE. Traitement et cartographie ORS Nord – Pas-de-Calais.

Mortalité relevant de la prévention

La mortalité est la seule donnée disponible à l'échelle locale, susceptible de décrire l'état de santé des populations. Aussi, dans le droit fil des travaux engagés dans les années 80 aux États-Unis, le HCSP a entrepris, dès les années 90, des recherches afin de disposer d'analyses plus fines de la mortalité, permettant de répondre aux besoins.

Il existe donc, dans un contexte de pilotage global, des outils de suivi des politiques et des actions de santé publique. La mortalité prématurée, retravaillée sous différentes formes, est devenue le traceur de l'action publique, l'outil d'orientation prioritaire de la décision. Cependant, elle n'a pas pour finalité de fournir des indicateurs opérationnels et pragmatiques pour les acteurs de terrain.

Le regroupement intitulé *mortalité prématurée évitable par des actions sur les facteurs de risque individuel*, et ce, pour les décès intervenus avant 65 ans, décrit globalement des besoins de prévention. Il se compose des causes de décès suivantes, extraites de la Classification Internationale des Maladies, 10^e révision :

1. Sida ;
2. Cancers des voies aérodigestives supérieures⁸ ;
3. Cancers de la trachée, des bronches et du poumon ;
4. Psychose alcoolique et alcoolisme, cirrhose alcoolique ou sans précision du foie ;
5. Accidents de la circulation ;
6. Chutes accidentelles ;
7. Suicides.

Cette famille de causes de décès est en France, et plus encore dans le Nord - Pas-de-Calais, responsable de très fortes surmortalités.

Tableau 3 : Mortalité évitable par des actions sur les facteurs de risque individuel, avant 65 ans dans les communautés d'agglomération. Période 2007-2010

Mortalité prématurée évitable par des actions sur les facteurs de risque individuel 2007 - 2010	Région	Hommes			Femmes			TOTAL		
		Décès observés	Décès attendus	ICM	Décès observés	Décès attendus	ICM	Décès observés	Décès attendus	ICM
CA de la Porte du Hainaut	NPC	420	260	161	130	79	165	550	339	162
CA de Béthune - Bruay, Noeux et Environs	NPC	707	386	183	178	115	154	885	500	177
CA du Douaisis [C.A.D.]	NPC	427	259	165	103	78	132	530	337	157
CA Valenciennes Métropole	NPC	573	318	180	154	98	158	727	418	174
CA d'Hénin - Carvin	NPC	362	205	177	88	63	139	450	271	166
CA de Lens - Liévin	NPC	776	404	192	207	124	167	983	531	185
CA Mulhouse Alsace Agglomération (m2A)	ALS	415	453	92	111	133	83	526	583	90
CA Alès Agglomération	LRO	167	170	98	51	54	95	218	226	96
CA du Pays d'Aix-en-Provence (CAPA)	PAC	470	647	73	155	204	76	625	863	72
CA de Forbach Porte de France	LOR	164	153	107	43	45	96	207	196	106
CA Portes de France-Thionville	LOR	118	136	87	38	42	91	156	179	87
CU Le Creusot Montceau-les-Mines	BOU	221	176	126	54	53	102	275	229	120
CU d'Arras	NPC	247	175	141	87	54	161	334	231	145
CA Maubeuge - Val de Sambre	NPC	300	218	137	100	66	150	400	286	140
CA de Cambrai	NPC	229	130	176	68	40	171	297	171	174
CU Lille Métropole	NPC	2235	1715	130	700	536	131	2935	2278	129
CU de Dunkerque	NPC	579	357	162	138	108	128	717	465	154
CA de Saint-Omer	NPC	222	120	184	54	36	151	276	155	178
CA du Boulonnais	NPC	368	201	183	105	64	164	473	269	176
CA du Calaisis	NPC	268	159	169	69	49	141	337	209	161
France				100			100			100

Sources : INSERM-CépiDc, INSEE. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

⁸ Lèvres, cavité buccale, pharynx, larynx, œsophage.

ANALYSE ET COMMENTAIRES

Les effectifs de décès sont modestes puisque dépassant de peu 1 000 décès par an dans les six communautés d'agglomération du Bassin minier. Pour autant, leur survenue est un traceur particulièrement sensible lorsque manquent, comme c'est toujours le cas à l'échelle locale et régionale, des données de morbidité -c'est-à-dire descriptive de pathologies et non pas de causes de décès- pertinentes exploitables. En revanche, la surmortalité s'accroît encore une fois, dépassant toujours 50 % et culminant à la valeur extrême de 85 % de surmortalité. L'anormalité de l'état de santé local est patente en comparaison des valeurs constatées dans les intercommunalités minières situées ailleurs en France où, exception faite du seul cas du Creusot – Montceau-les-Mines (ICM 120), s'observent de franches sous-mortalités ou des mortalités très approchantes de la valeur moyenne française.

L'anomalie supportée par la population des communes minières du Nord – Pas-de-Calais est, en chiffres, incroyablement forte, mais en chiffres toujours moins insurmontable que ce que le seul ICM peut suggérer. En effet, les surcroûts annuels de décès, ne se comptent pas en milliers mais en dizaines. Dans le cas le plus lourd, celui de Lens-Liévin, l'établissement d'un état de santé strictement comparable à celui de la France serait atteint si un peu plus d'une centaine de décès était évitée tous les ans. Ce rattrapage peut raisonnablement se concevoir en moins d'une dizaine d'année.

(Voir carte par zones d'emploi en annexe)

Mortalité relevant du système de soins

À côté de la mortalité relevant de la prévention, il était logique que soit conçu et composé un second groupe relevant du soin, quel qu'il soit. Bien que plus couramment utilisé dans les pays anglo-saxons, ce groupe est toutefois plus hétérogène et comprend quatorze pathologies auxquelles vient s'ajouter la mortalité maternelle.

Ce groupe réunit les décès par :

1. Typhoïde,
2. Tuberculose,
3. Tétanos,
4. Cancer de la peau,
5. Cancer du sein,
6. Cancers de l'utérus,
7. Maladie de Hodgkin,
8. Leucémie,
9. Cardiopathies rhumatismales⁹,
10. Maladies hypertensives,
11. Cardiopathies ischémiques,
12. Maladies vasculaires cérébrales,
13. Grippe,
14. Asthme,
15. Ulcère digestif,
16. Mortalité maternelle¹⁰.

Tableau 4 : Mortalité évitable par des actions sur le système de soins, avant 65 ans, dans les communautés d'agglomération. Période 2007-2010

Mortalité prématurée évitable par des actions sur le système de soins 2007 - 2010	Région	Hommes			Femmes			TOTAL		
		Décès observés	Décès attendus	ICM	Décès observés	Décès attendus	ICM	Décès observés	Décès attendus	ICM
CA de la Porte du Hainaut	NPC	105	77	137	108	78	138	213	155	137
CA de Béthune - Bruay, Noeux et Environs	NPC	165	115	144	203	115	176	368	230	160
CA du Douaisis [C.A.D.]	NPC	104	76	136	103	78	132	207	154	134
CA Valenciennes Métropole	NPC	150	93	161	150	97	155	300	190	158
CA d'Hénin - Carvin	NPC	110	60	182	100	63	158	210	124	170
CA de Lens - Liévin	NPC	207	119	175	173	123	141	380	242	157
CA Mulhouse Alsace Agglomération (m2A)	ALS	147	134	109	156	133	118	303	267	113
CA Alès Agglomération	LRO	67	52	129	54	55	99	121	107	114
CA du Pays d'Aix-en-Provence (CAPA)	PAC	147	192	77	183	204	90	330	396	83
CA de Forbach Porte de France	LOR	48	46	105	49	45	110	97	90	107
CA Portes de France-Thionville	LOR	34	40	86	58	42	140	92	81	113
CU Le Creusot Montceau-les-Mines	BOU	59	54	109	51	54	94	110	108	102
CU d'Arras	NPC	62	52	120	66	54	123	128	105	121
CA Maubeuge - Val de Sambre	NPC	111	65	171	83	66	125	194	131	148
CA de Cambrai	NPC	50	39	129	52	40	130	102	79	130
CU Lille Métropole	NPC	591	491	120	638	524	122	1229	1016	121
CU de Dunkerque	NPC	146	106	138	162	108	150	308	214	144
CA de Saint-Omer	NPC	43	36	121	51	36	143	94	71	132
CA du Boulonnais	NPC	99	60	165	103	64	161	202	124	163
CA du Calaisis	NPC	63	46	136	63	49	130	126	95	133
France				100			100			100

Sources : INSERM-CépiDc, INSEE. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

⁹ Complications cardiaques du rhumatisme articulaire aigu.

¹⁰ La mortalité maternelle se définit par : le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après la fin de la grossesse, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite.

ANALYSE ET COMMENTAIRES

Les effectifs sont modestes, un peu moins de 600 décès pour l'ensemble des six communautés d'agglomération, soit 150 par an. Pour autant, les surmortalités par rapport à la moyenne française restent élevées, sensiblement moins que celles observées dans le groupe « *mortalité prématurée évitable par des actions sur les facteurs de risque individuel* ». L'écart est particulièrement sensible pour Lens-Liévin, la Porte du Hainaut et le Douaisis. Hénin-Carvin, quant à elle, garde une surmortalité presque identique se situant entre +65 % et +70 %. (Voir carte par zones d'emploi en annexe)

Ici encore, les indicateurs s'approchent des valeurs relevées dans l'ensemble du Nord – Pas-de-Calais et sont considérablement plus élevés que ce que l'on observe dans les six agglomérations minières situées dans d'autres régions.

Évolution de la mortalité entre 1982 et 2007

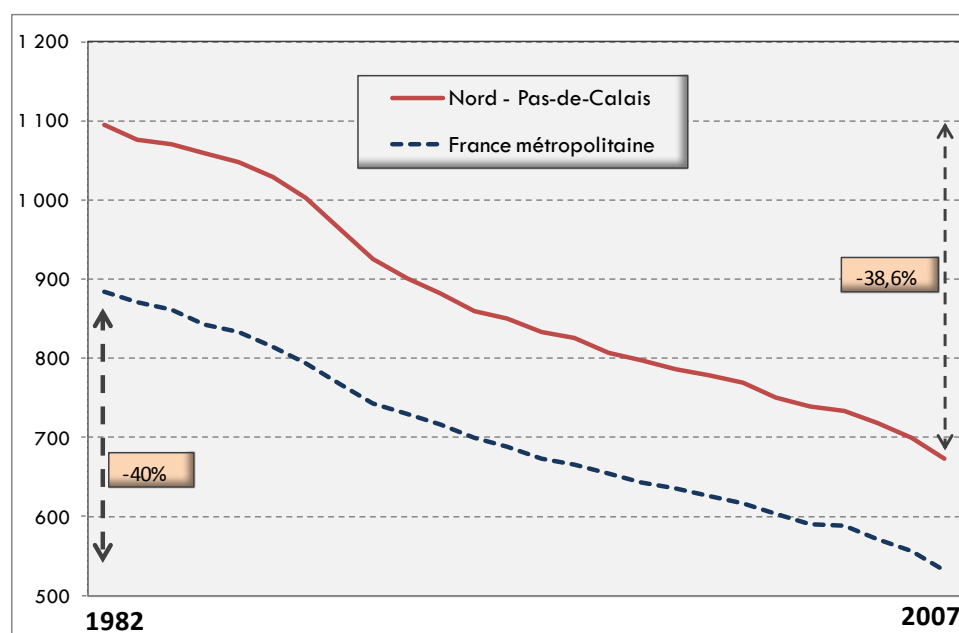
Pour classique et reconnu qu'il soit, le recours exclusif aux indices comparatifs de mortalité a comme limite de ne pas permettre d'estimer l'évolution de l'état de santé. En France, la tendance générale est positive, la fréquence et l'âge de survenue des décès ne cessent de s'abaisser.

Par le suivi dans le temps des taux de mortalité¹¹, on peut déduire une évolution moyenne de la mortalité sur une période et ainsi comparer l'évolution (entre deux dates) de la France métropolitaine. À titre d'illustration, ce comparatif est présenté pour le Nord - Pas-de-Calais. (voir Graphique 1).

Depuis la fin de la seconde guerre mondiale, les taux de mortalité¹² sont en baisse constante en France métropolitaine comme dans le Nord - Pas-de-Calais. Ceci vaut pour l'ensemble de la mortalité, la mortalité prématurée, la mortalité prématurée évitable par des actions sur les facteurs de risque individuel, la mortalité prématurée évitable par des actions sur le système de soins. Le fait est assez important pour que l'on insiste, car il existe bien une amélioration constante de l'état de santé dans le Nord - Pas-de-Calais.

Cependant, l'amélioration, réelle, a été plus lente dans la région qu'en France. Ainsi, s'explique, en dépit d'une dynamique temporelle favorable, le fait que le différentiel entre la mortalité française et celle du Nord - Pas-de-Calais s'accroisse lentement mais constamment. C'est en raison de ce différentiel de tendance que le rattrapage tant attendu ne se produit pas, toujours pas. C'est la raison pour laquelle la valeur des ICM ne s'abaisse pas, ce qui peut suggérer qu'aucune amélioration ne se produit, ce qui n'est pas exact.

Graphique 1 : Évolution des taux de mortalité standardisés dans l'ensemble de la population entre 1982 et 2007



Sources : INSERM-CépiDc, INSEE. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

¹¹ Il s'agit bien sûr de taux « standardisés » permettant de comparer des valeurs entre populations dont les compositions par âges sont inégales.

¹² Standardisés.

L'ICEM ET SON APPLICATION

Afin de pallier cet inconvénient structurel de l'ICM, l'ORS Nord – Pas-de-Calais a mis au point, au cours des toutes dernières années, un nouvel indicateur baptisé Indice comparatif d'évolution de la mortalité : ICEM.

Les résultats obtenus sont présentés au tableau 5 avec le classement des communautés d'agglomération du Nord – Pas-de-Calais¹³ par rapport à leurs homologues françaises.

Méthode d'élaboration de l'ICEM

L'ICEM est l'indice du pourcentage de variation relative entre les taux standardisés de décès. Son interprétation dépend directement du sens de l'évolution nationale de la mortalité.

Dans le contexte actuel de baisse nationale de la mortalité, un ICEM de valeur 130 indique qu'au sein du territoire, la baisse de la mortalité est de 30 % supérieure à celle de la France métropolitaine. En revanche, un ICEM de valeur 80 indique une baisse de mortalité inférieure de 20 % à celle de la France métropolitaine. Enfin, un ICEM négatif signifie que, contrairement à ce que l'on observe au niveau national, la mortalité du territoire pris en compte s'est accrue entre les deux périodes.

Dans les cas plus rares où la mortalité nationale aurait augmenté entre les deux périodes, un ICEM de valeur 130 indique que le territoire pris en compte a connu une hausse de sa mortalité de 30 % supérieure au niveau national. Un ICEM de valeur 80, en revanche, indique que la hausse de la mortalité a été de 20 % inférieure à celle de la France métropolitaine. Enfin, un ICEM négatif signifie que la mortalité observée dans le territoire a baissé contrairement à la tendance nationale.

Afin de permettre au lecteur d'interpréter convenablement les ICEM selon le sens de l'évolution nationale de la mortalité, en bas de chaque tableau est précisé si la mortalité nationale a baissé ou augmenté entre les deux périodes et dans quelle ampleur.

Pour comparer l'évolution de la mortalité de différents territoires entre deux périodes, nous avons constitué un indice comparatif d'évolution de la mortalité (ICEM), qui n'est autre que la transformation en indice du pourcentage de variation relative (VR) entre les taux standardisés de décès entre ces deux mêmes périodes.

En effet, pour rendre les évolutions de la mortalité des différents territoires directement comparables à celle de la mortalité nationale, chaque pourcentage de variation relative des taux standardisés de mortalité (VR) a été converti en ICEM, en prenant comme valeur de référence le pourcentage de variation relative des taux standardisés de mortalité de la France métropolitaine :

$$VR_{1982-2007} = (\text{Taux standardisés}_{2007} - \text{Taux standardisés}_{1982}) / \text{Taux standardisés}_{1982} * 100$$

$$ICEM_{1982-2007} = VR_{1982-2007} (\text{territoire } i) / VR_{1982-2007} (\text{France métropolitaine}) * 100$$

¹³ Avec ici leurs anciennes dénominations.

Tableau 5 : Évolution différentielle de la mortalité dans les communautés d'agglomération. Période 1982 - 2010

1982 -2007	Ensemble de la mortalité avant 65 ans		Mortalité évitable par des actions sur le système de soins		Mortalité évitable par des actions sur les facteurs de risque individuel	
	Indice d'évolution	Rang sur 198	Indice d'évolution	Rang sur 198	Indice d'évolution	Rang sur 198
CA de la Porte du Hainaut	91	103	93	109	113	54
CA de l'Artois	83	134	94	107	64	161
CA de Lens-Liévin	85	130	100	78	69	153
CA de Valenciennes Métropole	82	137	91	117	76	143
CA d'Hénin-Carvin	99	69	109	44	81	134
CA du Douaisis	93	91	106	52	95	105
CA de Cambrai	86	128	86	142	74	145
CA de Saint-Omer	72	168	81	159	71	148
CA du Boulonnais	76	155	97	96	77	142
CA du Calaisis	93	94	101	88	101	88
CA Maubeuge - Val de la Sambre	98	72	83	153	113	53
CU d'Arras	81	139	95	106	92	112
CU de Dunkerque Grand Littoral	89	118	89	128	113	55
CU de Lille Métropole	103	53	100	79	111	60

Sources : INSERM-CépiDc, INSEE. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

ANALYSE ET COMMENTAIRES

L'évolution de la mortalité prématurée a été plus lente que celle de la France pour toutes les agglomérations, exception faite de Lille et de Hénin-Carvin pour lesquelles la progression a suivi de près la tendance nationale. Les intercommunalités minières du Nord – Pas-de-Calais ne se singularisent pas de l'ensemble. Aussi, est-il possible de conclure qu'au cours de ces 29 années, dans le Bassin minier, l'état de santé ne s'est pas décollé de la tendance générale ayant prévalu dans le Nord – Pas-de-Calais. Pour autant, il y existe des contrastes. Valenciennes, Lens-Liévin ou la CA de l'Artois ont progressé certes, mais à un rythme trop lent pour qu'il soit possible que se produise un rattrapage, et ce, d'autant plus que l'état de santé était déjà fort dégradé au début des années 80¹⁴. Voilà pourquoi leur différentiel par rapport à la tendance nationale n'a pu que se creuser tandis que celui-ci est resté inchangé ou quasi-stable pour Douai, Hénin-Carvin déjà citée, et la Porte du Hainaut.

Plus significatives encore ont été les évolutions qui se sont produites dans l'amélioration de la mortalité du groupe mortalité prématurée évitable par des actions sur le système de soins. Ici l'évolution a souvent été aussi favorable que la progression française. Lens-Liévin a connu une évolution identique à celle de la France, exactement similaire à celle de Lille, ce qui est sans doute à saluer compte tenu du retard initial qui existait en début de période, dans les années 80. Hénin-Carvin et le Douaisis ont, quant à elles, fait mieux, bien mieux que toutes les autres agglomérations du Nord – Pas-de-Calais y compris Lille. Restent les extrémités occidentales et orientales du Bassin minier, c'est-à-dire l'Artois (l'actuelle CA de Béthune-Bruay-Noeux et environs), Valenciennes et Porte du Hainaut dont les lenteurs sont de 5 à 10 points en deçà de ce qui pouvait être espéré et attendu.

¹⁴ Lacoste O, Spinosi L, Declercq C, *et al.* L'état de santé dans le Bassin houiller du Nord – Pas-de-Calais. Lille : ORS Nord Pas-de-Calais, 1995.

Lacoste O. *Géopolitique de la Santé. Le cas du Nord – Pas-de-Calais*. Paris : La Découverte, 1994.

Enfin, le groupe mortalité évitable par des actions sur les facteurs de risque individuel est certainement celui qui mérite le plus d'attention. Tout d'abord, un premier constat : les évolutions qui ont prévalu dans le Nord – Pas-de-Calais ont été particulièrement contrastées. Ceci est particulièrement visible dans les rangs de classements puisque, sur un total de 198 intercommunalités retenues par l'analyse, les places obtenues vont du 53^e rang au 161^e. C'est la Porte du Hainaut qui, avec Maubeuge-Val de Sambre et Dunkerque, a connu la plus forte progression, au-delà même de la tendance nationale. Le Douaisis n'a pas bénéficié d'une tendance aussi favorable puisque l'amélioration a été de 5 points plus faible. L'insuffisance des progrès a été de 19 points plus basse pour Hénin-Carvin. Ceci interdit d'escompter voir l'écart par rapport à la moyenne nationale se réduire ou se résorber. Enfin, Artois, Lens-Liévin et Valenciennes ont si peu progressé qu'il est possible d'évoquer le développement d'une réelle aggravation de l'état de santé, à tout le moins vis-à-vis des pathologies censées être accessibles à la prévention.

On retiendra, de cette présentation de l'utilisation de l'ICEM au contexte des communautés d'agglomération minières du Nord – Pas-de-Calais, 5 points essentiels :

1. très majoritairement **l'état de santé des populations du Bassin minier s'est amélioré au cours des trois dernières décennies**. Il est donc erroné d'estimer que rien ne change, c'est tout le contraire ;

2. l'examen détaillé par groupe de décès (mortalité prématurée, relevant du système de soins ou de la prévention) confirme que des **améliorations rapides ou lentes ne sont pas systématiques** et qu'il est donc **nécessaire de prendre connaissance de la diversité des tendances locales** ;

3. il existe une **forte diversité entre territoires**, encore plus évidentes qu'entre groupes de décès. Ceci signifie donc que le Bassin minier, comme le Nord – Pas-de-Calais d'ailleurs, n'est pas aussi homogène que ce que l'on peut rapidement penser, ou ne pas constater en utilisant des indicateurs inappropriés ;

4. **les politiques et les actions de santé publique n'ont sans doute pas atteint partout les mêmes résultats**, et l'action **publique n'a sans doute pas été conduite partout de la même façon** (entre autres avec des types d'organisation ou de gouvernances probablement différents) ou celle-ci s'est trouvée confrontée à des **situations et des réalités sociales et territoriales diverses** ;

5. compte-tenu de ce qui précède et qui résulte de l'utilisation de l'outil ICEM :

- a- **il conviendrait d'orienter la décision tant dans la mise en place de nouveaux modes d'organisation** par l'implémentation des attendus de la loi Hôpital Patients Santé et Territoires,
- b- que de **nouvelles possibilités offertes par des projets** (tels que Territoire de soins numérique) **fondés sur l'usage du numérique** ;
- c- d'**orienter les actions de prévention sur la base d'évaluations d'impact et d'efficience** qui **restent encore à conduire**, auprès des bénéficiaires habitant les communes minières (comme tout autre territoire local).

La précarité, facteur d'explication ?

Il est courant, et souvent évoqué, que l'état de santé dégradé dont souffre la population du Bassin minier est en lien avec les effets de la précarité. Le lien précarité / état de santé dégradé est bien connu dans la plupart des études -presque toujours nationales- portant sur des échantillons représentatifs de personnes, celles produites par l'IRDES¹⁵, entre autres, suggèrent en effet ce lien. Pourtant, objectiver l'ampleur de la précarité n'est pas un exercice aisé, ne serait-ce qu'en raison de la nature cumulative de la précarité (précarité économique, sociale, énergétique, de résidence, etc.). Elle a été définie comme « un état observable et démontrable de désavantage relatif face à la communauté locale ou à l'ensemble de la société à laquelle appartient l'individu, la famille ou le groupe »¹⁶.

La précarité
Les indices de défaveur sociale de Carstairs et Townsend

Ces indicateurs diffèrent quant à leur mode de construction. On peut distinguer deux types d'indicateurs : les indicateurs calculés à partir d'un processus d'agrégation additif des variables retenues (processus de « scoring »), d'une part et les indicateurs construits à partir d'une analyse statistique multidimensionnelle des données, d'autre part. Les premiers prennent en compte un nombre limité de variables, agrégées sur la base d'un système de pondérations défini a priori. Les seconds considèrent un nombre plus important de variables et le système de pondérations étant déterminé, de manière endogène, par calcul sur la base de critères statistiques. La plupart des indicateurs de défaveur sociale développés récemment appartiennent à la seconde catégorie.

Nous en avons retenu deux : l'indice mis au point par Carstairs et celui proposé par Townsend. Ils se fondent l'un et l'autre sur la somme de 4 variables centrées réduites. Trois variables sont communes (le pourcentage de chômeurs dans la population active, le pourcentage de ménages sans voiture, le pourcentage de résidences principales > 1 per./pièce). Townsend pour sa part retient en plus le pourcentage de résidences principales dont le ménage occupant est non propriétaire. Quant à Carstairs, c'est le pourcentage de ménages dont le chef de famille est de classe sociale IV ou V (partly skilled or unskilled occupations).

En clair, il faut comprendre que plus les valeurs des indices sont élevées plus elles sont censées décrire une forte précarité dans la population locale (cas de Lens-Liévin). Plus elles sont faibles, si faibles qu'elles atteignent des valeurs négatives, plus les habitants du territoire considéré sont en moyenne exposés à vivre une aisance matérielle (cas du Pays d'Aix-en-Provence ou des Portes de France-Thionville).

Tableau 6 : Indices de défaveur sociale de Townsend et Carstairs dans les communautés d'agglomération. Année 2010

2010	Région	Indice de Townsend		Indice de Carstairs	
		Valeur	Rang français (sur un total de 218)	Valeur	Rang français (sur un total de 218)
CA de Valenciennes Métropole	NPC	2,9	185	3,6	200
CA du Douaisis	NPC	2,0	170	3,2	199
CA de l'Artois	NPC	1,0	144	2,5	187
CA d'Hénin - Carvin	NPC	3,1	192	4,3	203
CA de Lens - Liévin	NPC	4,4	202	5,0	207
CA Mulhouse Alsace Agglomération	ALS	1,7	166	2,7	193
CA Alès Agglomération	LRO	0,3	132	0,3	142
CA du Pays d'Aix-en-Provence	PAC	-0,8	94	-2,7	22
CA de Forbach Porte de France	LOR	1,4	156	2,6	189
CA Portes de France-Thionville	LOR	-1,7	64	-1,6	60
CU d'Arras	NPC	-0,3	112	-0,5	113
CA Cambrai	NPC	0,2	129	2,1	179
CU de Lille Métropole	NPC	2,5	178	1,7	174
CU de Dunkerque Grand Littoral	NPC	2,1	172	3,0	196
CA Maubeuge - Val de la Sambre	NPC	3,2	194	5,6	208
CA de Saint-Omer	NPC	0,3	133	2,7	192
CA du Boulonnais	NPC	3,0	190	3,2	198
CA du Calaisis	NPC	3,9	199	4,8	206

Source : INSEE RP 2010.

¹⁵ Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé.

¹⁶ Townsend P. Deprivation. *J Soc Policy* 1987; 16(2): 125-46.

ANALYSE ET COMMENTAIRES

Les statistiques, l'indice de Carstairs plus encore que celui de Townsend, permettent bien de retrouver à partir des rangs de classement une tendance à une surreprésentation de la précarité dans les communautés d'agglomération minières du Nord – Pas-de-Calais. Cette situation ne se réédite pas dans les agglomérations minières situées ailleurs en France où, une fois encore, l'hétérogénéité des situations prévaut.

Il est difficile de relier statistiquement défaveur sociale et dégradation de l'état de santé des populations. Ceci résulte de plusieurs facteurs. D'une part, de l'adaptation des indices présentés ici à un autre contexte que celui de la France. En effet, il est reconnu que la corrélation entre les outils de Carstairs et de Townsend fonctionne « bien » au Royaume-Uni, et ce, même aux échelles de territoires locaux¹⁷. Mais il a été constaté, par exemple, que la corrélation entre la mortalité et la défaveur sociale apparaît de moindre intensité dans le Nord - Pas-de-Calais que dans le Sud-est de l'Angleterre¹⁸. Quant aux scores français, ce sont dans des intercommunalités de l'Île-de-France¹⁹ que l'on obtient les plus forts taux de défaveur sociale avec les indices de Townsend, or, les populations de ces EPCI ont des ICM très voisins de la moyenne nationale.

Il existe d'autres variables que celles décrivant la précarité qui sont plus immédiatement corrélées à la dégradation de l'état de santé des populations²⁰. Le taux d'activité féminin fait partie de ceux-là et sa capacité presque prédictive de l'état de santé de l'ensemble de la population est très élevée dans le Bassin minier, les régions et en France. Plus il est bas, plus l'état de santé est inférieur aux valeurs attendues²¹.

Par ailleurs, les mesures de la précarité qui sont utilisées ici présentent des états, à échelle locale, ce qui en fait tout l'intérêt mais restent des états. Ils ne sont pas en mesure de rendre compte des tendances de la précarité, de leurs évolutions. Or, il a été exposé dans quelle mesure il pouvait être essentiel -dans les passages consacrés à l'analyse de l'ICEM- de tenir compte de la nature évolutive des phénomènes aux seins des populations locales.

Enfin, ces indices statistiques ne sont pas en mesure de rendre compte de l'ampleur et de l'extrême durée de la crise sociale, qui est à l'origine de la *crise sanitaire* qui sévit dans le Bassin minier depuis six décennies. Il s'agit là de phénomènes sociologiques quasiment systémiques qui doivent être abordés autrement mais dont les effets qui ont été décrits dès les années 90 sont considérables²².

¹⁷ Dervaux B, Lenne X, Jenkins L, Hastie C, Poirier G, Marissal JP, Palmer A. *Les inégalités de santé : mesure et déterminants. Rapport du projet Interreg : La santé et les comportements de santé dans le Sud-Est de l'Angleterre et le Nord de la France*. Canterbury : Centre for Health Services Studies-COSPH, 2007 ; 42 p.

¹⁸ *ibid.*

¹⁹ CA Plaine Commune, CA Est Ensemble, CA Val de France, CA Seine Amont, CA de l'Aéroport du Bourget, CA Plaine Centrale du Val de Marne, CA de Clichy sous Bois – Montfermeil, CA Argenteuil – Bezons, CA Val de Bièvre.

²⁰ L'état de santé des populations devant être compris avec d'autres outils que la somme de mesures individuelles qui n'existent qu'à l'échelle nationale.

²¹ Lacoste O, Poirier G. Les femmes : marche lente avec le temps. *50/51° Nord* 2014 ; 37 : 4 p.

ORS Nord – Pas-de-Calais. Les femmes et la santé. *50/51° Nord* 2004 ; 4 : 6 p.

²² Lacoste O, Spinosi L, Declercq C, *et al.* 1995, *op. cit.*

Lacoste O. 1994. *op. cit.*

L'offre de soins et de santé

L'offre de santé ne s'estime pas par l'activité des structures puisque celle-ci est déjà un résultat, un produit. L'activité dépend en partie de l'offre dispensée, mais aussi de la propension de la population, ou les autres agents du système de santé, à adresser ou se rendre en un lieu pour y bénéficier de services. Les capacités des établissements ne sont que théoriques et ne rendent pas compte de l'offre de ville ou de prévention qui ne s'exprime pas en lits hospitaliers. Quant aux services rendus à la collectivité et relevant de la santé, il reste bien difficile de les cerner ou de les mesurer, faute de données, et faute de données jointes à une réflexion concrète et opérationnelle relative aux forces mises en œuvre par les politiques publiques et les actions de terrain. Ce qui semble le plus vraisemblable et logique est bien que la capacité à intervenir soit directement proportionnelle à la présence de professionnels de santé. Parmi ceux-ci, les plus stratégiques, ceux dont la présence est la plus susceptible de générer des actions et activités de santé, sont les médecins. Il est certain que toute action de santé n'est pas, loin s'en faut, conduite par ceux-ci. Mais, à bien y regarder, lorsque leurs effectifs sont faibles, voire lorsqu'ils sont absents, il est exceptionnel que se développe la moindre action au bénéfice de la population.

Aussi, pour ces motifs et pour d'autres encore, le meilleur abord de l'offre reste celui qui se porte sur la démographie des professionnels de santé. Ceux qui se trouvent directement impliqués dans la prise en charge de la population, c'est-à-dire essentiellement les professions régies par le code de santé publique, doivent donc faire l'objet d'une analyse détaillée, identique dans la forme à celle qui a été développée pour l'état de santé.

Professionnels de *proximité*

La loi HPST²³ a exposé quels étaient les soins, et par voie de conséquence, les professions devant être accessibles à proximité de la population. Parfois dénommée *offre de premier recours*, ces professionnels de santé de proximité, inscrits dans les répertoires RPPS ou ADELI, regroupent des professions de santé médicales et paramédicales.

Ils comprennent :

1. les médecins généralistes ;
2. les pharmaciens ;
3. les chirurgiens-dentistes ;
4. les infirmiers ;
5. les masseurs-kinésithérapeutes ;
6. les opticiens-lunetiers ;
7. les pédicures-podologues.

Ces professions sont dans le *Bassin minier*, urbain et hyperdense, présentes partout dans l'immense majorité des communes (voir cartes en annexe).

Pourtant, elles sont de plus en plus sensibles au mouvement de concentration décrit comme des effets de *désertification* par la presse, qui n'en voit que les effets périphériques. Ce déplacement des lieux d'exercice, qualifié de *Crunch*, résulte du processus par lequel un site ou une agglomération voit sa capacité d'attraction se renforcer par le jeu des mobilités accrues par le jeu contemporain de l'hypermobilité généralisée et de la volatilité des lieux d'exercice.

²³ Hôpital, Patients, Santé et Territoires.

Analyse de la démographie des professions de santé

Compte-tenu de la grande dispersion communale de ces professions, les statistiques sont présentées comme précédemment par communautés d'agglomération mais aussi par zone d'emploi. Les variables présentées sont les effectifs, la densité, la part de professionnels âgés de plus de 55 ans et enfin l'âge moyen. Afin d'illustrer le propos, il a été retenu de présenter les résultats pour l'ensemble des professions de santé, mais aussi pour les seuls médecins généralistes.

Tableau 7 : Professionnels de santé de proximité et médecins généralistes, dans les zones de proximité et zones d'emploi. Année 2012

2012	Région	Professionnels de proximité				Médecins généralistes			
		Nombre total	Densité pour 100 000 habitants	% des professionnels âgés de 55 ans ou plus	Age moyen	Nombre total	Densité pour 100 000 habitants	% des professionnels âgés de 55 ans ou plus	Age moyen
Lens - Hénin	NPC	4390	1206,6	15,9	41,2	497	136,6	37,2	50,8
Béthune - Bruay	NPC	3077	1055,4	15,9	41,3	358	122,8	38,8	50,9
Douai	NPC	2601	1046,2	19,1	42,6	321	129,1	38,3	51,3
Valenciennes	NPC	4628	1323,7	15,0	41,0	484	138,4	37,4	50,8
Le Creusot - Montceau	BOU	1178	1138,1	26,7	45,6	111	107,2	54,1	53,2
Metz	LOR	6493	1277,3	17,4	41,7	686	135,0	38,5	51,2
Thionville	LOR	2502	1146,7	16,2	41,4	278	127,4	35,6	50,4
Mulhouse	ALS	5622	1317,0	18,7	42,3	584	136,8	43,3	51,7
Alès	LRO	1829	1271,8	26,2	45,5	212	147,4	47,6	52,9
Aix-en-Provence	PAC	5367	1367,0	25,0	45,3	646	164,5	42,9	51,1
Roubaix - Tourcoing	NPC	5243	1249,8	15,9	41,5	586	139,7	35,0	49,5
Lille	NPC	15036	1907,6	16,6	41,2	1563	198,3	35,1	49,7
Dunkerque	NPC	2821	1110,3	18,1	42,0	323	127,1	42,4	51,6
Flandre - Lys	NPC	1262	1027,6	16,0	41,3	152	123,8	37,5	50,7
Cambrai	NPC	2051	1144,0	19,4	42,2	231	128,8	39,4	51,4
Maubeuge	NPC	2621	1126,4	19,2	42,2	288	123,8	44,1	51,4
Arras	NPC	2687	1115,2	18,3	42,4	370	153,6	41,6	51,5
Saint-Omer	NPC	1270	1092,7	17,3	42,1	151	129,9	41,1	50,9
Calais	NPC	1678	1025,9	17,3	42,0	199	121,7	45,2	52,5
Boulogne-sur-Mer	NPC	1941	1196,6	17,8	42,4	243	149,8	40,3	51,2
Berck - Montreuil	NPC	2001	1906,1	17,1	41,7	160	152,4	41,9	50,6

Sources : RPPS, ADELI. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Tableau 8 : Professionnels de santé de proximité et médecins généralistes, dans les communautés d'agglomération. Année 2012

2012	Région	Professionnels de proximité				Médecins généralistes			
		Nombre total	Densité pour 100 000 habitants	% des professionnels âgés de 55 ans ou plus	Age moyen	Nombre total	Densité pour 100 000 habitants	% des professionnels âgés de 55 ans ou plus	Age moyen
CA de la Porte du Hainaut	NPC	1371	873,1	17,4	41,9	186	118,4	33,3	50,8
CA de Béthune - Bruay, Noeux et Environs	NPC	2276	1013,2	17,2	42,0	283	126,0	37,1	50,4
CA du Douaisis [C.A.D.]	NPC	1891	1242,4	19,4	42,4	214	140,6	39,7	51,1
CA Valenciennes Métropole	NPC	3249	1694,8	13,9	40,6	298	155,4	39,9	50,9
CA d'Hénin - Carvin	NPC	1457	1178,0	14,1	40,6	167	135,0	35,9	51,3
CA de Lens - Liévin	NPC	2964	1212,0	16,6	41,5	334	136,6	38,0	50,5
CA Mulhouse Alsace Agglomération (m2A)	ALS	3978	1522,2	19,4	42,2	394	150,8	45,7	51,8
CA Alès Agglomération	LRO	1439	1473,2	24,9	45,0	165	168,9	44,2	52,3
CA du Pays d'Aix-en-Provence (CAPA)	PAC	5493	1443,8	25,5	45,4	675	177,4	42,8	50,9
CA de Forbach Porte de France	LOR	806	1007,6	16,5	42,5	80	100,0	36,3	51,5
CA Portes de France-Thionville	LOR	1719	2177,3	14,0	40,3	153	193,8	32,0	49,3
CU Le Creusot Montceau-les-Mines	BOU	1135	1187,1	26,7	45,6	107	111,9	54,2	53,4
CU d'Arras	NPC	1794	1761,2	16,8	41,8	234	229,7	37,2	50,6
CA Maubeuge - Val de Sambre	NPC	1549	1225,0	19,4	42,2	146	115,5	43,2	51,2
CA de Cambrai	NPC	1329	1754,5	17,8	41,6	115	151,8	35,7	50,7
CU Lille Métropole	NPC	19695	1770,4	16,3	41,3	2043	183,6	35,2	49,7
CU de Dunkerque	NPC	2529	1257,4	17,5	41,8	276	137,2	40,2	51,2
CA de Saint-Omer	NPC	1029	1502,8	16,1	41,5	110	160,7	39,1	50,6
CA du Boulonnais	NPC	1707	1443,4	17,2	42,2	204	172,5	38,7	51,0
CA du Calaisis	NPC	1402	1462,3	15,8	41,4	148	154,4	43,2	52,4

Sources : RPPS, ADELI. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

ANALYSE ET COMMENTAIRES

Il n'existe que peu de différences entre les deux tableaux présentés par zones de proximité (et zones d'emploi en dehors du Nord - Pas-de-Calais) et communautés d'agglomération. Les effectifs sont comparables, les valeurs des indices peu divergents. Les densités par zones d'emploi, qui sont indicatives d'une offre potentielle offerte à la population, sont loin d'être basses et sont à l'image de densités courantes pour des agglomérations du même ordre. En revanche, les territoires miniers du Nord - Pas-de-Calais bénéficient de la présence de professionnels jeunes, plus jeunes que leurs homologues situés dans d'autres régions.

On ne note pas de forte divergence pour les médecins généralistes. Tout semble donc en place pour escompter préserver durablement une offre locale. La situation de Valenciennes est particulièrement positive. Aucun point d'alerte ou de vigilance n'apparaît.

A priori, l'éventuel sous-recours aux soins, dont une partie de la population serait affectée, ne pourrait donc s'expliquer par une offre plus restreinte en professionnels de santé.

Les professions polarisantes

Les professions de Pôles, telles que définies par l'ORS Nord – Pas-de-Calais, sont composées de toutes les professions n'étant pas de proximité. On qualifie ces professions de *polarisées* car elles ne sont pas présentes dans l'ensemble des zones d'emploi de France et se concentrent en majorité dans les plus développées d'entre elles. Aussi, est-il fondé de s'attendre à ce que les situations locales soient plus contrastées. C'est ce qui se constate. (Voir cartes en annexe)

Tableau 9 : Professionnels de pôles et médecins spécialistes dans les communautés d'agglomération. Année 2012

2012	Région	Professionnels de Poles				Médecins spécialistes			
		Nombre total	Densité pour 100 000 habitants	% des professionnels âgés de 55 ans ou plus	Age moyen	Nombre total	Densité pour 100 000 habitants	% des professionnels âgés de 55 ans ou plus	Age moyen
CA de la Porte du Hainaut	NPC	350	222,9	22,6	43,2	101	64,3	43,6	51,8
CA de Béthune - Bruay, Noeux et Environs	NPC	532	236,8	26,3	44,7	228	101,5	41,2	50,9
CA du Douaisis [C.A.D.]	NPC	607	398,8	22,9	43,8	230	151,1	33,5	49,8
CA Valenciennes Métropole	NPC	1113	580,6	20,7	43,0	419	218,6	30,5	47,3
CA d'Hénin - Carvin	NPC	380	307,2	19,7	43,8	132	106,7	37,9	49,9
CA de Lens - Liévin	NPC	822	336,1	21,5	43,3	280	114,5	33,2	48,5
CA Mulhouse Alsace Agglomération (m2A)	ALS	1252	479,1	27,6	45,0	499	190,9	46,5	51,4
CA Alès Agglomération	LRO	470	481,2	38,1	48,4	171	175,1	49,1	52,8
CA du Pays d'Aix-en-Provence (CAPA)	PAC	2158	567,2	35,4	48,1	817	214,7	41,5	51,1
CA de Forbach Porte de France	LOR	213	266,3	31,9	46,6	79	98,8	53,2	54,2
CA Portes de France-Thionville	LOR	559	708,0	26,8	45,5	232	293,9	42,2	52,0
CU Le Creusot Montceau-les-Mines	BOU	267	279,3	37,5	47,8	119	124,5	54,6	53,4
CU d'Arras	NPC	557	546,8	24,2	44,5	209	205,2	36,4	49,4
CA Maubeuge - Val de Sambre	NPC	524	414,4	31,1	45,8	154	121,8	46,1	52,7
CA de Cambrai	NPC	429	566,4	25,9	45,8	128	169,0	47,7	53,7
CU Lille Métropole	NPC	7679	690,3	26,7	44,6	2815	253,0	30,5	47,2
CU de Dunkerque	NPC	691	343,6	25,3	44,5	257	127,8	43,6	51,7
CA de Saint-Omer	NPC	216	315,5	20,8	43,9	92	134,4	39,1	52,0
CA du Boulonnais	NPC	450	380,5	20,2	44,4	191	161,5	33,0	50,0
CA du Calais	NPC	362	377,6	24,0	44,8	163	170,0	42,3	51,7

Sources : RPPS, ADELI. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Tableau 10 : Professionnels de pôles et médecins spécialistes dans les zones de proximité et zones d'emploi. Année 2012

2012	Région	Professionnels de Pôles				Médecins spécialistes			
		Nombre total	Densité pour 100 000 habitants	% des professionnels âgés de 55 ans ou plus	Age moyen	Nombre total	Densité pour 100 000 habitants	% des professionnels âgés de 55 ans ou plus	Age moyen
Lens - Hénin	NPC	1201	330,1	21,0	43,5	412	113,2	34,7	48,9
Béthune - Bruay	NPC	872	299,1	26,7	46,0	266	91,2	39,8	50,7
Douai	NPC	748	300,9	21,7	43,5	268	107,8	33,6	49,9
Valenciennes	NPC	1476	422,2	20,9	43,1	520	148,7	33,1	48,1
Le Creusot - Montceau	BOU	273	263,8	37,0	47,6	119	115,0	54,6	53,4
Metz	LOR	2093	411,7	31,3	46,6	705	138,7	47,5	52,0
Thionville	LOR	699	320,4	25,3	45,1	266	121,9	42,5	52,1
Mulhouse	ALS	1841	431,3	27,3	45,6	626	146,6	46,3	51,5
Alès	LRO	510	354,6	37,1	48,2	176	122,4	49,4	52,9
Aix-en-Provence	PAC	2011	512,2	33,6	47,8	758	193,1	40,2	50,9
Roubaix - Tourcoing	NPC	1503	358,3	22,6	43,8	561	133,7	34,0	48,9
Lille	NPC	6292	798,2	27,6	44,8	2268	287,7	29,6	46,8
Dunkerque	NPC	718	282,6	24,7	44,2	258	101,5	43,4	51,7
Flandre - Lys	NPC	561	456,8	40,6	49,4	78	63,5	34,6	49,4
Cambrai	NPC	561	312,9	25,1	44,8	160	89,2	49,4	53,8
Maubeuge	NPC	763	327,9	28,0	44,9	233	100,1	44,2	52,3
Arras	NPC	662	274,8	23,3	44,2	235	97,5	37,9	49,9
Saint-Omer	NPC	247	212,5	21,1	43,6	99	85,2	39,4	52,2
Calais	NPC	388	237,2	22,7	44,4	165	100,9	41,8	51,6
Boulogne-sur-Mer	NPC	474	292,2	20,5	44,3	194	119,6	33,0	50,1
Berck - Montreuil	NPC	565	538,2	23,7	44,6	204	194,3	45,1	52,9

Sources : RPPS, ADELI. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

ANALYSE ET COMMENTAIRES

Comme attendu, les densités relevées dans les communautés d'agglomération sont plus élevées que celles obtenues dans les zones d'emploi. La présence en professionnels de pôles est similaire dans les trois zones d'emploi de Lens-Liévin, Béthune-Bruay et Douai qui ne sont guère éloignées des grandes concentrations de professionnels de Lille, Arras et, dans une bien moindre mesure, Cambrai.

Elle est au contraire plus élevée à Valenciennes. Ceci résulte à l'évidence de la plus grande extension de l'aire qu'elle dessert et de son plus grand éloignement d'autres pôles d'offre. Aussi, ces valeurs doivent être interprétées pour une part comme une indication de l'offre de soins spécialisée offerte à la population, mais aussi en fonction de l'implantation, de la situation des concentrations de professionnels de pôles par rapport aux autres.

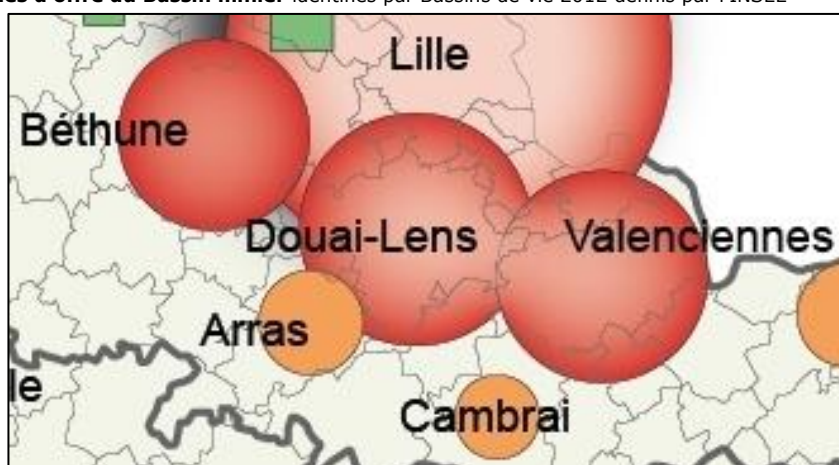
C'est à une autre échelle, ici celle de l'ensemble de la région, qu'il faut situer l'analyse afin de cerner la situation réelle et son fonctionnement.

Le point fort des pôles d'offre

L'analyse des *pôles d'offre* à partir des données disponibles repose sur le constat de l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire, et ce, tant aux échelles nationales que régionales ou locales. De plus, il convient d'insister sur le renforcement des processus de concentration de ces mêmes professionnels de santé, exposés et acteurs du *Crunch*²⁴.

Les effets de la concentration ont touché et touchent actuellement l'ensemble des professions, qu'il s'agisse des professions de l'offre de proximité ou des autres professions de pôle. Bien que s'adressant à des patients plus ou moins proches, en cela la distinction entre groupe de proximité et groupe de pôle est effective, les uns comme les autres sont indissociablement liés dans leurs pratiques, dans leurs activités, dans leurs implantations, et par conséquent dans leurs concentrations.

Carte 2 : Les Pôles d'offre du Bassin minier identifiés par Bassins de vie 2012 définis par l'INSEE



Sources : Fichier RPPS & ADELI. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

ANALYSE ET COMMENTAIRES

Le Bassin minier dans son ensemble trouve, compte tenu de la structuration de sa démographie des professionnels de santé, sa place dans le réseau maillé des pôles d'offre du Nord – Pas-de-Calais. Ces concentrations sont solides et trouvent appui sur le pôle lillois bien plus qu'ils n'ont à en souffrir. Les risques de *Crunch* du Bassin minier vers la métropole régionale sont donc, aujourd'hui, restreints. Rien en l'état n'expose donc au risque d'un soutirage de l'offre de soins polarisante, (comme ce qui est et a été en jeu pour Toulouse et ses environs), vers l'agglomération lilloise.

²⁴ Poirier G, Trédez G, Lacoste O. *Agrégats, polarisation et crunch chez les professionnels de santé : effets territoriaux des migrations contemporaines*. Loos : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2012 ; 72 p.

Méthode d'élaboration des Pôles d'offre
Illustration de la situation dans le Bassin minier du Nord – Pas-de-Calais

Le découpage territorial qui a été retenu est la délimitation des bassins de vie, publiée par l'INSEE en 2012. Il ne pouvait être question de retenir la commune, le canton, mais aussi les zones d'emploi et les intercommunalités, dont le recours expose à des problèmes de contiguités dans l'offre, ne se prêtant pas à la prise en compte de leur accessibilité de la part de la population et, par conséquent, au recours aux services et aux professionnels de santé.

Les zones d'emploi, revues elles aussi en 2012, sont trop étendues et se fondent essentiellement sur les déplacements quotidiens des actifs et pas sur les pôles de recours aux services. Il ne pouvait aussi être question de recourir à un découpage ad hoc du territoire du Nord – Pas-de-Calais puisque cela nous aurait conduits à l'impossibilité de comparer la présence et la répartition des Pôles d'offre, que nous aurions pu identifier, à d'autres situations régionales ou locales observables en France métropolitaine. En cela la caractérisation de la présence et de la constitution des Pôles d'offre du Nord – Pas-de-Calais aurait été considérablement réduite par l'impossibilité de recourir à l'approche de type Nous et les autres ou Ici et ailleurs²⁵.

Pour chaque bassin de vie de France métropolitaine, ont été sommés les effectifs totaux de professionnels de santé présents dans les deux fichiers RPPS (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes) et ADELI (pour l'ensemble des autres professions non répertoriées dans RPPS). Professionnels de proximité et professionnels de pôles ont été distingués.

Par la suite, des seuils clivants et rigoureux ont été recherchés afin d'obtenir une typologie observée -et non pas produite par une analyse statistique- qui permettait d'individualiser les sites pivots évoqués de l'organisation des soins du Nord – Pas-de-Calais.

Cette nomenclature a été appliquée à l'ensemble des bassins de vie français afin de mettre en évidence, par comparaison, l'éventuelle spécificité régionale (qui est apparue).

Type de rang 1 : les pôles des grandes métropoles (9,8 % des pôles). Ce sont ceux qui ont plus de 10 000 professionnels de santé, c'est-à-dire une capacité gravitaire maximale. Il s'en dénombre 15 au total, c'est-à-dire moins qu'il n'existe de régions. Le Nord – Pas-de-Calais, quant à lui, en compte un, **Lille**.

Type de rang 2 : les grands pôles (27,4 % des pôles). Les grands pôles comptent entre 10 000 et 3 000 professionnels de santé. Il en existe 42. Il en existe quatre dans le Nord – Pas-de-Calais, dont trois dans le bassin minier correspondant aux trois bassins de vie INSEE **Béthune**, **Douai-Lens** et **Valenciennes**, recouvrant les communes adhérant à l'ACM. Ils se placent donc dans la continuité de l'aire métropolitaine de Lille.

Type de rang 3 : les pôles intermédiaires (30,7 % des pôles). Ils sont définis par plusieurs critères qui ne tiennent plus seulement à des effets de masse critique. Ils comptent certes entre 3 000 et 1 500 professionnels de santé mais, afin de valoriser leurs fonctions polarisantes, ils doivent compter au moins 20 % de professionnels de pôles, c'est-à-dire ne pas être constitués de plus de 80 % de professionnels de proximité. De plus, compte tenu de la localisation très souvent extra-urbaine des EPSM, et de leur faible capacité polarisante, la part des infirmiers en psychiatrie ne doit pas y dépasser 20 % de l'ensemble des professionnels de santé. On en dénombre 47 au total. Le Nord – Pas-de-Calais en compte 6 chacun. Deux d'entre eux se situent sur le revers sud du Bassin minier : Arras et Cambrai.

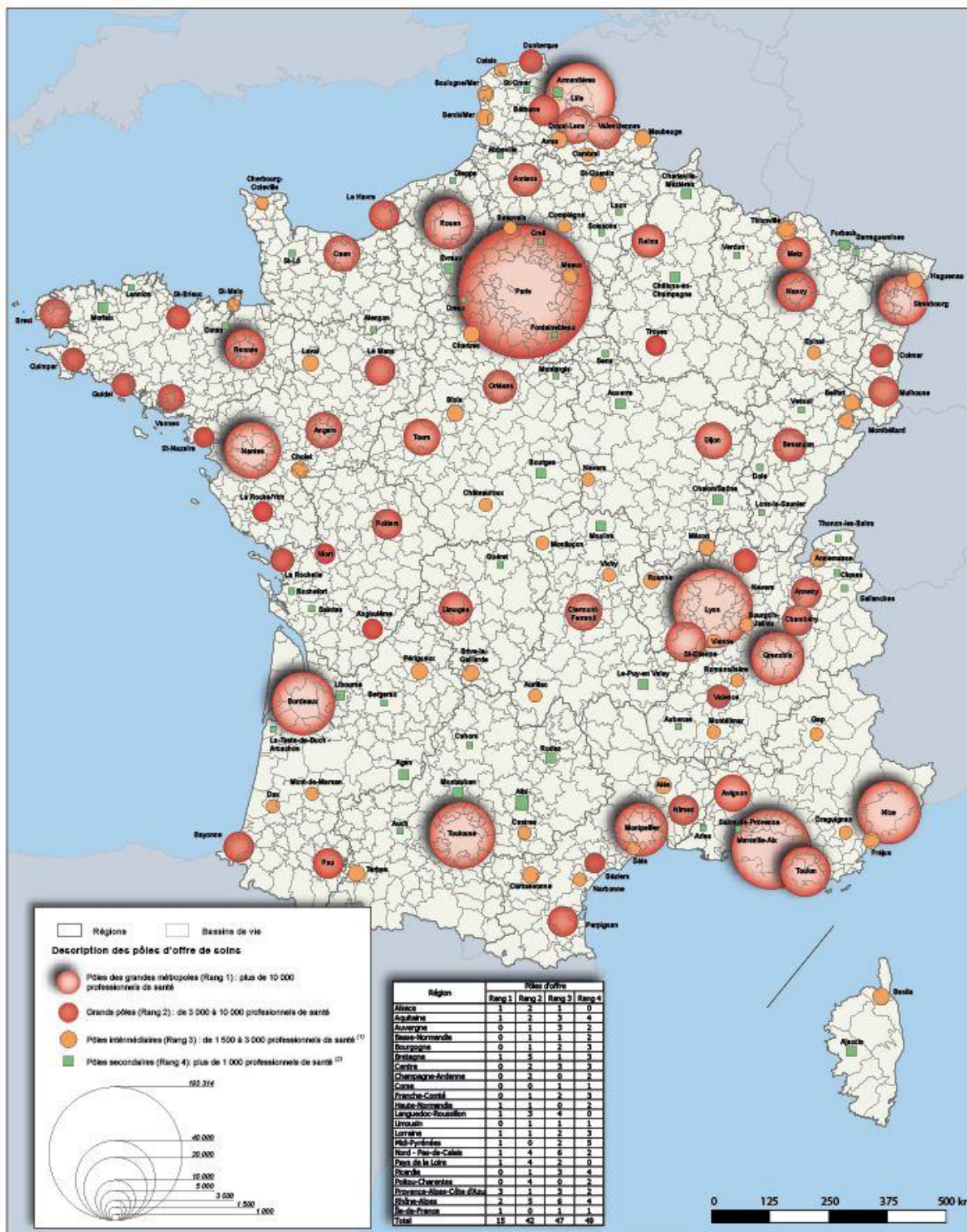
Type de rang 4 : les pôles secondaires (32,0 % des pôles). Ils comptent plus de 1 000 professionnels de santé sans atteindre la masse des 1 500. De nouveau, la présence de l'offre en psychiatrie a été minimisée, les infirmiers en psychiatrie ayant été exclus du décompte. Ces pôles secondaires se situent donc entre l'offre de proximité et l'offre polarisée. On ne peut leur prêter de véritables capacités maillantes, leur force de gravité potentielle est tenue et ne s'étend probablement pas au-delà de l'immédiate proximité. Il est probable que les effets tunnel y soient intenses, et ce, pour que l'attraction de pôles éloignés et même très éloignés puisse s'y exercer avec force. Ce sont les plus nombreux, ils sont 49, bien qu'ils ne représentent que moins d'un tiers du total.

Extrait de : Poirier G, Trédez G, Lacoste O. Agrégats, polarisation et crunch chez les professionnels de santé : effets territoriaux des migrations contemporaines. Loos : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2012 ; 72 p.

²⁵ Poirier G, Midelet A, Trédez G, Lacoste O. *Nous et les autres : spécificités et évolution des territoires du Nord - Pas-de-Calais*. Loos : ORS Nord-Pas-de-Calais, 2010 ; 160 p.

Lacoste O, Poirier G, Rengot M, et al. *Ici et ailleurs : nouveaux indicateurs de santé du Nord - Pas-de-Calais*. Loos : ORS Nord-Pas-de-Calais, 2010 ; 205 p.

Carte 3 : Les Pôles d'offre de la France métropolitaine identifiés par bassins de vie 2012 définis par l'INSEE



Sources : RPPS, ADELI. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

L'évolution récente de la démographie des professions de santé

Après avoir exposé les concentrations en professionnels de santé présentes dans le périmètre étudié, se pose une autre question. Qu'en est-il de l'accroissement du nombre de professionnels de santé au sein des différents territoires du Bassin minier ? Comparé à l'accroissement moyen de l'hexagone ou à l'accroissement d'autres territoires similaires situés en dehors de la région, les tendances constatées entre 2009 et 2013 ont-elles été ou non favorables²⁶ ?

Afin de mettre en évidence ces divergences d'évolutions de l'offre locale en professionnels de santé, il a été nécessaire dresser le bilan démographique des professions de santé (c'est-à-dire additionner les jeunes professionnels débutant leur exercice, les arrivées de professionnels venant d'ailleurs, soustraire les cessations et les migrants vers d'autres régions) établi sur l'accroissement constaté sur les cinq dernières années disponibles.

Ainsi, est-il possible de parvenir à un classement des territoires parmi les 314 zones d'emploi de France métropolitaine. Pour faciliter la compréhension, ce classement expose le quartile dans lequel se situe chaque zone.

Tableau 11 : Évolution de la démographie des professionnels de santé (taux, quartile et rang national). Période 2009 et 2013

Zones de proximité du Nord - Pas-de-Calais et zones d'emploi d'autres régions	Ens. Pro. santé			Prof. Pôle			Prof. proximité			Méd. spécialistes		
	Taux accroissement*	Quart.	Rang sur 304	Taux accroissement*	Quart.	Rang sur 304	Taux accroissement*	Quart.	Rang sur 304	Taux accroissement*	Quart.	Rang sur 304
Lens-Hénin	11,0	2e	94	19,6	2e	83	8,7	2e	119	5,1	3e	178
Béthune-Bruay	11,7	2e	120	12,8	1er	33	11,4	3e	225	4,4	3e	166
Douais	13,4	3e	168	28,9	3e	191	9,3	2e	147	18,8	4e	263
Valenciennois	14,1	3e	192	29,3	3e	195	9,6	3e	154	22,8	4e	271
Le Creusot - Montceau	5,7	1er	17	22,1	2e	113	1,9	1er	17	3,6	3e	157
Metz	9,4	1er	50	19,1	2e	77	6,2	1er	51	0,2	2e	109
Tarbes - Lourdes	12,4	2e	139	23,7	2e	129	9,3	2e	146	0,5	2e	113
Mulhouse	12,7	3e	153	19,3	2e	78	10,4	3e	184	-3,9	1er	62
Alès	11,6	2e	114	19,9	2e	90	9,4	2e	151	2,0	2e	130
Aix-en-Provence	17,0	4e	260	38,9	4e	259	9,3	2e	149	10,1	3e	222
Lille	18,8	4e	276	29,8	3e	202	14,5	4e	278	7,2	3e	203
Roubaix-Tourcoing	9,5	1er	54	19,6	2e	82	6,7	1er	69	-1,5	2e	92
Dunkerquois	11,8	2e	123	29,7	3e	201	7,5	2e	87	12,3	4e	240
Flandre intérieure	9,1	1er	47	9,3	1er	22	9,0	2e	134	-8,5	1er	34
Cambésis	10,5	2e	81	18,6	1er	74	8,2	2e	100	13,0	4e	245
Sambre-Avesnois	14,0	3e	185	26,8	3e	170	10,4	3e	179	12,9	4e	244
Arrageois	9,3	1er	49	17,2	1er	63	7,3	2e	83	2,6	2e	140
Audomarois	12,2	2e	132	16,5	1er	58	11,3	3e	223	-8,2	1er	35
Calais	21,0	4e	289	52,5	4e	289	14,1	4e	272	31,6	4e	285
Boulonnais	12,5	2e	147	19,6	2e	81	10,7	3e	195	2,9	2e	146
Montreuillois	13,6	3e	173	23,9	2e	134	11,0	3e	204	23,6	4e	273

* : entre 2009 et 2013

Sources : Répertoire ADELI 2009/2010 et 2013, répertoire RPPS 2013, RP INSEE. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

²⁶ Présentation issue de l'étude : Lacoste O, Poirier G. *Divergences des évolutions territoriales de l'offre de santé*. Loos : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2014 ; 70 p.

ANALYSE ET COMMENTAIRES

Tout d'abord un premier point qui n'apparaît pourtant pas dans le tableau 11, mais qu'il convient d'énoncer. *Toutes choses étant égales par ailleurs*, il pourrait être logique de s'attendre à ce que la démographie des professions de santé connaisse la même évolution que celle de la démographie générale, c'est-à-dire qu'elle suive les mêmes tendances que celles de la population. Or, ces zones font preuve d'une relative surperformance puisqu'elles attirent des professionnels de santé, mais perdent ou stagnent pour ce qui est de la démographie générale. Celle-ci est stagnante voire régressive, les territoires du Bassin minier ayant perdu ou maintenu leurs effectifs dans les dernières années. Or, que constate-t-on ? Aucune des zones présentées ici et faisant partie du Bassin minier n'a perdu de professionnels au cours de la période. Les taux d'accroissement les plus faibles se situent aux alentours de 4 %. Ils atteignent couramment 10 %, voire 15 % et parfois 20 % et plus. Il y a donc surperformance relative dans la capacité qu'ont eu les territoires et surtout leurs agents, les différentes parties prenantes de la santé, à attirer localement de nouveaux professionnels.

Cette surperformance devient encore moins relative lorsque l'on compare les taux d'accroissement des territoires miniers du Nord – Pas-de-Calais à ceux de leurs homologues d'autres régions. Outre Aix-en-Provence qui a été très attractive sur l'ensemble des professionnels de santé et ceux de proximité, les dynamiques en cours dans d'autres zones d'emploi minières de Lorraine, Alsace ou Bourgogne sont plus lentes que celles qui ont eu cours dans le centre du système maillé d'offre de soins du Nord – Pas-de-Calais.

Au jeu des évolutions territoriales en cours, le *Bassin minier* et les communes qui le composent ne sont pas systématiquement perdantes et cela ne peut se comprendre qu'en ayant conscience des processus liés au *Crunch*.

Dans le détail, la zone de proximité du **Valenciennois** se caractérise par des taux d'évolution qui dans le classement national la positionne dans l'avant-dernier quartile pour ce qui est de l'ensemble des professionnels de santé, les professionnels de pôle ou de proximité et dans le dernier quart des territoires ayant obtenu les taux les plus élevés en ce qui concerne les médecins spécialistes. L'évolution, comparable à celles de ses zones de référence pour ce qui est de l'ensemble des professionnels de santé et les professionnels de pôle, apparaît un peu plus importante pour les professionnels de proximité et nettement plus importante pour les spécialistes. Ceci nous amène donc à estimer que le Valenciennois est actuellement surperformant.

Pour les autres il faut attirer l'attention sur Lens-Liévin dont la progression est positive quel que soit le groupe de profession présenté, mais qui gagne moins de professionnels de proximité et sensiblement moins de professionnels de pôles que d'autres territoires de masses démographiques professionnelles équivalentes²⁷. Toutefois, la performance accomplie pour ce qui est des médecins spécialistes est très positive. Là, les risques d'une réduction de l'offre immédiatement destinée à la population, l'offre de premier recours, doivent être identifiés tout autant que ceux d'une déstabilisation de la composition des professions exerçant localement. À cela la conjonction du projet de Santé de la Gohelle et les bénéfices attendus de l'implantation du projet Territoire de soins numérique pourraient apporter des bénéfices indéniables.

Restent les deux zones de **Béthune-Bruay** et du **Douaisis** dont les effectifs (voir tableaux 9 et 10), les masses gravitaires sont bien plus réduites. Elles se situent dans la moyenne positive relevée tant dans l'ensemble de la région que dans le Bassin minier. Elles tendent à demeurer dans la moyenne ou à connaître une légère sous performance dans leur capacité à attirer ou fixer des professionnels de proximité mais, bénéficiant probablement de leur position au sein du système régional et de son maillage, gagnent plus de professionnels de pôles que ce qu'elles pourraient gagner naturellement. Leur progression récente est tout à fait remarquable pour ce qui est des médecins spécialistes.

²⁷ Lacoste O, Poirier G. 2014.

Potentiel de développement et conclusion

Quels potentiels de développement recèlent le Bassin minier et les communes qui le composent ? Si les éléments de diagnostic, présentés dans les pages précédentes, peuvent attester d'un état de fait et de santé, évoquer les dynamiques en cours, c'est bien dans d'autres champs et rubriques qu'il faut poser l'analyse. Les liens et relations croisées entre santé et territoires sont, ici plus encore qu'ailleurs, massifs et nombreux. Ici moins qu'ailleurs peut-être les potentiels issus de ces croisements ont été perçus, analysés et mis en perspective. Il y a donc beaucoup de travail, et d'actions choisies à conduire.

La santé relève du bien-être des populations, de l'égalité entre citoyens, les pages précédentes démontrent combien l'inégalité territoriale est problématique pour les habitants des 160 communes de l'ACM Nord – Pas-de-Calais.

La santé est aussi un moteur économique, une forte part des revenus des territoires, de l'emploi. Nous n'avons pas été en mesure d'obtenir les données qui auraient pu décrire l'état actuel des emplois directs du secteur d'activité *Santé humaine* inventorié par les services de l'INSEE. Ne sont disponibles que les statistiques datant de 2006, déjà élaborées par l'ORS Nord – Pas-de-Calais il y a plusieurs années. Leur contribution était déjà considérable (9,3 % des emplois à Lens-Hénin, 7,2 % dans le Douaisis, pour une moyenne française qui était alors à 7,0 %). Et tout laisse à penser qu'elle a dû s'accroître, compte tenu de l'évolution récente de la démographie des professionnels de santé. Pour classique qu'il soit, ce point mérite de ne pas être perdu de vue, escamoté, sans pour autant être déconnecté des impératifs d'efficience ou pas trop éloigné d'une ingénierie locale qui nous semble indispensable.

Tableau 12 : Les emplois du secteur d'activité économique santé humaine, dans les communautés d'agglomération. Année 2006

2006	Région	Actifs travaillant dans le secteur d'activité santé humaine		Part des professions de santé dans les emplois du secteur d'activité (en %)	Part des autres professions dans les emplois du secteur d'activité (en %)
		Effectif	%		
Lens-Hénin	NPC	10073	9,3	77,7	22,3
Béthune-Bruay	NPC	7004	7,7	76,5	23,5
Douaisis	NPC	5645	7,2	75,7	24,3
Valenciennois	NPC	10635	8,6	75,3	24,7
Creusot	BOU	1357	7,3	74,8	25,2
Metz	LOR	10857	7,8	74,4	25,6
Thionville	LOR	6933	7,2	77,4	22,6
Mulhouse	ALS	9032	7,6	75,5	24,5
Alès-La-Grand-Combe	LRO	4120	9,1	74,8	25,2
Aix-en-Provence	PAC	9391	7,4	74,7	25,3
Roubaix-Tourcoing	NPC	10332	6,9	77,5	22,5
Lille	NPC	29628	8,1	77,3	22,7
Dunkerque	NPC	5869	5,9	77,1	22,9
Flandre-Lys	NPC	2713	7,5	75,7	24,3
Cambrésis	NPC	4280	7,3	74,1	25,9
Sambre-Avesnois	NPC	5978	8,5	73,4	26,6
Artois-Ternois	NPC	6072	6,5	75,4	24,6
Saint-Omer	NPC	2980	6,5	72,9	27,1
Calais	NPC	3472	6,4	74,6	25,4
Boulonnais	NPC	4196	7,4	77,2	22,8
Berck-Montreuil	NPC	4935	13,3	76,1	23,9

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

Des besoins aigus d'une ingénierie locale

La santé, c'est aussi une dimension de la vie de la *cit* qui fait certes appel aux savoir-faire de professions identifiables, à l'approche de la santé publique. Mais la santé des populations, c'est aussi la résultante de la somme de décisions publiques qui ont été prises au bénéfice ou au préjudice de ces mêmes populations.

En ce domaine, il est incontestable que le développement récent des Évaluations d'impact sur la santé²⁸, les EIS, représentent une approche très prometteuse, bien que ne devant pas devenir monopolistique de l'analyse publique locale. Ces EIS sont issues d'un mode d'analyse et de pensée exposé ci-dessous. Toutefois, selon les échelles, du quartier à l'ensemble du Bassin minier lui-même, leurs objectifs, méthodes et approches varient, s'adaptent. Les EIS nous semblent donc recéler des potentiels évidents de développement pour le territoire du Bassin minier, si et seulement si, celles-ci sont priorisées et limitées en nombre pour les cinq années à venir. Elles devront être portées par les communes ou par les intercommunalités avec le soutien de l'Agence régionale de santé.

Pour cela et pour d'autres finalités encore, nous préconisons le développement d'une ingénierie locale susceptible d'apporter son soutien aux acteurs et d'être l'interlocuteur technique des services de l'ARS et des autres services déconcentrés de l'État²⁹. De plus, celle-ci pourrait être le support des évaluations d'impact et d'efficience des actions conduites localement qui restent on ne peut plus nécessaires

Les Évaluations d'impact sur la santé

L'ensemble des décisions publiques sont susceptibles d'agir directement ou indirectement sur la santé des populations

L'évaluation d'impact sur la santé est une démarche permettant d'appréhender les effets sur la santé et le bien-être de différentes politiques publiques. Développée au début des années 1990, elle s'appuie notamment sur les travaux de l'Organisation Mondiale de la Santé –OMS– sur les déterminants sociaux de la santé et sur le modèle conceptuel d'une santé globale et multi-déterminée.

Ce qui se décide dans le domaine économique, social ou environnemental est susceptible d'impacter tout autant, si ce n'est plus, l'état de santé et de bien-être de la population que les politiques relevant du domaine de la santé. La diversité de ces impacts est certes de mieux en mieux documentée, de moins en moins méconnue ; pour autant ces impacts ne sont que rarement évalués. Cette négligence, le terme n'est sans doute pas trop fort, se retrouve pour les politiques élaborées au niveau central, et plus encore lorsqu'elles sont mises en application au niveau local.

²⁸ Trédez G. *Santé et politiques publiques*. Loos : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2014 ; 168 p.

Trédez G. *L'évaluation d'impact sur la santé : analyse et perspectives de développement dans le Nord – Pas-de-Calais*. Loos : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2013 ; 89 p.

²⁹ Une ingénierie de ce type fonctionne par exemple à la communauté d'agglomération du Havre et obtient des résultats remarquables. Mission Bassin minier Nord - Pas de Calais. *La conférence permanente du bassin minier Le Livre Blanc : Acte II 100 propositions pour accompagner la mutation du Bassin minier*. Oignies : Mission Bassin Minier, 2013 ; 135 p.

La démarche EIS a été élaborée à partir de ce constat, dans le but d'influencer l'ensemble des décisions publiques en faveur de la santé en amont de la prise de décision. Elle vise donc en premier lieu les mesures qui sont prises en dehors du champ traditionnel de la santé. Elle porte sur des aspects rigoureux tels que l'appréciation des dépenses publiques au travers de l'examen de leur efficacité globale dans ce qui est engendré et induit. Elle comprend la combinaison de procédures, de méthodes et d'outils par lesquels une politique, un programme, un projet, peuvent être évalués selon leurs effets potentiels sur la santé de la population et selon la distribution de ces effets au sein de la population.

La démarche suscite ces dernières années en France un grand intérêt, notamment dans le cadre de l'élaboration de politiques locales. Le but premier de l'EIS est bien avant tout d'aider les décideurs publics dans leurs arbitrages en leur apportant les éléments nécessaires à la compréhension des enjeux de santé relatifs aux mesures qu'ils envisagent de mettre en œuvre.

Parmi ceux-ci on peut évoquer certains des arguments les plus fréquemment cités à propos des bénéfices attendus et constatés de la prise en compte opérationnelle de l'EIS :

- Favoriser la collaboration autour d'un projet territorial qui concerne plusieurs secteurs, plusieurs partenaires, plusieurs collectivités ;*
- Permettre de prendre en compte une approche basée sur la problématique du milieu, de l'environnement au sens large, du territoire qui influence la santé des individus par la production d'éléments néfastes ou bénéfiques, de fragilités ou d'aménités.*
- Promouvoir la mise en œuvre de politiques plus favorables à la santé et au bien-être ;*
- Agir pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ;*
- Favoriser l'ouverture et la collaboration avec les autres secteurs qui agissent sur les déterminants de la santé ;*
- Sensibiliser les décideurs des autres secteurs sur les conséquences de leurs politiques en termes d'impact sur la santé et sur les inégalités de santé ;*
- Inciter à la collaboration entre les différentes parties prenantes dans les territoires ;*
- Permettre d'articuler de manière opérationnelle la santé avec les autres préoccupations politiques, notamment au niveau régional et local, comme le développement durable, l'aménagement et le développement territorial, les impacts sociaux, etc. ;*
- Favoriser la collaboration intersectorielle et coordonner plus efficacement les actions entre les secteurs pour protéger la santé ;*
- Permettre de répondre à la montée des exigences citoyennes en matière de santé, d'associer la participation citoyenne de manière la plus neutre possible par le biais de la consultation et de prendre connaissance des préoccupations sur la santé et le bien-être du projet ;*
- Répondre en partie au besoin de disposer de plus de données probantes sur les bénéfices de la promotion de la santé.*
- Permettre d'envisager des améliorations attendues sur l'état de santé par la réduction des effets négatifs et l'optimisation des effets positifs ;*
- Contribuer à la mise en place d'environnements et de comportements favorables à la santé et au bien-être ;*
- Contribuer au développement de connaissances partagées sur les déterminants sociaux, économiques, territoriaux et environnementaux de la santé et du bien-être ;*
- Contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ;*
- Contribuer au développement de la démocratie locale (parties prenantes et participation citoyenne) ;*
- Favoriser le débat public, la participation et la concertation citoyennes ;*
- Permettre de renforcer le partenariat au sein des territoires ;*
- Permettre de renforcer et de favoriser le lien social.*

Intelligence des points forts, vigilance vis-à-vis des risques de la proximité

Le fait ne sera jamais assez rappelé. Le Bassin minier bénéficie d'une armature de soins spécialisés regroupés, connectés à la métropole régionale qui lui procure un maillage exceptionnellement favorable et qui devrait le préserver des risques liés au *Crunch* dans les cinq à dix prochaines années. Il existe donc là un avantage concurrentiel majeur inconnu des communes minières de Bourgogne ou de Lorraine, et de bien d'autres agglomérations françaises.

En revanche, l'offre de proximité, de premiers recours, donne quelques signes de fragilité³⁰ puisque celle-ci, dans les cinq dernières années, s'est accrue plus modestement que ce que l'on pouvait attendre. Aussi, il conviendra de veiller à développer l'accès et l'accessibilité aux équipements et aux structures d'offre de premier recours. Ceci suppose donc d'accompagner ou d'encourager le passage au numérique, l'organisation de l'offre et surtout l'accessibilité de la population.

Comme nous l'avons vu et exposé précédemment, les regroupements sont non seulement impossibles à freiner, mais ils sont aussi salutaires puisque structurants. Ceci doit s'accompagner d'une réflexion portant sur la mobilité, toutes les formes de mobilité offertes à la population, d'une prise en compte de la desserte actuelle et de la desserte souhaitable des lieux d'offre, dans les plans de déplacements urbains par exemple. Ceci est concevable, réalisable avec l'apport d'une ingénierie locale et sans doute avec le développement de l'approche proposée par les EIS.

³⁰ Lacoste O, Poirier G. 2014.

Bibliographie

Dervaux B, Lenne X, Jenkins L, Hastie C, Poirier G, Marissal JP, Palmer A. *Les inégalités de santé : mesure et déterminants. Rapport du projet Interreg : La santé et les comportements de santé dans le Sud-Est de l'Angleterre et le Nord de la France*. Canterbury : Centre for Health Services Studies-COSPH, 2007 ; 42 p.

HCSP. *Indicateurs de mortalité « prématurée » et « évitable »*. Paris : HCSP, 2013 ; 29 p.

HCSP. *La santé en France. Rapport général*. Paris : Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, 1994 ; 333 p.

Lacoste O, Poirier G, Rengot M, et al. *Ici et ailleurs : nouveaux indicateurs de santé du Nord - Pas-de-Calais*. Loos : ORS Nord-Pas-de-Calais, 2010 ; 205 p.

Lacoste O, Poirier G. *Divergences des évolutions territoriales de l'offre de santé*. Loos : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2014 ; 70 p.

Lacoste O, Poirier G. Les femmes : marche lente avec le temps. *50/51° Nord* 2014 ; 37 : 4 p.

Lacoste O, Spinosi L, Declercq C, et al. *L'état de santé dans le Bassin houiller du Nord – Pas-de-Calais*. Lille : ORS Nord Pas-de-Calais, 1995.

Lacoste O. *Géopolitique de la Santé. Le cas du Nord – Pas-de-Calais*. Paris : La Découverte, 1994.

Lacoste O. *Approche différentielle de la mortalité territoriale : l'ICEM*. Colloque international «Dynamiques urbaines et enjeux sanitaires : concepts, méthodes et interventions », 11-13 septembre 2013, Université Paris-Ouest Nanterre La Défense ; 21 p.

Mission Bassin minier Nord - Pas de Calais. *La conférence permanente du bassin minier Le Livre Blanc : Acte II 100 propositions pour accompagner la mutation du Bassin minier*. Oignies : Mission Bassin Minier, 2013 ; 135 p.

ORS Nord – Pas-de-Calais. Les femmes et la santé. *50/51° Nord* 2004 ; 4 : 6 p.

Poirier G, Midelet A, Trédez G, Lacoste O. *Nous et les autres : spécificités et évolution des territoires du Nord - Pas-de-Calais*. Loos : ORS Nord-Pas-de-Calais, 2010 ; 160 p.

Poirier G, Trédez G, Lacoste O. *Agrégats, polarisation et crunch chez les professionnels de santé : effets territoriaux des migrations contemporaines*. Loos : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2012 ; 72 p.

Townsend P. Deprivation. *J Soc Policy* 1987; 16(2): 125-46.

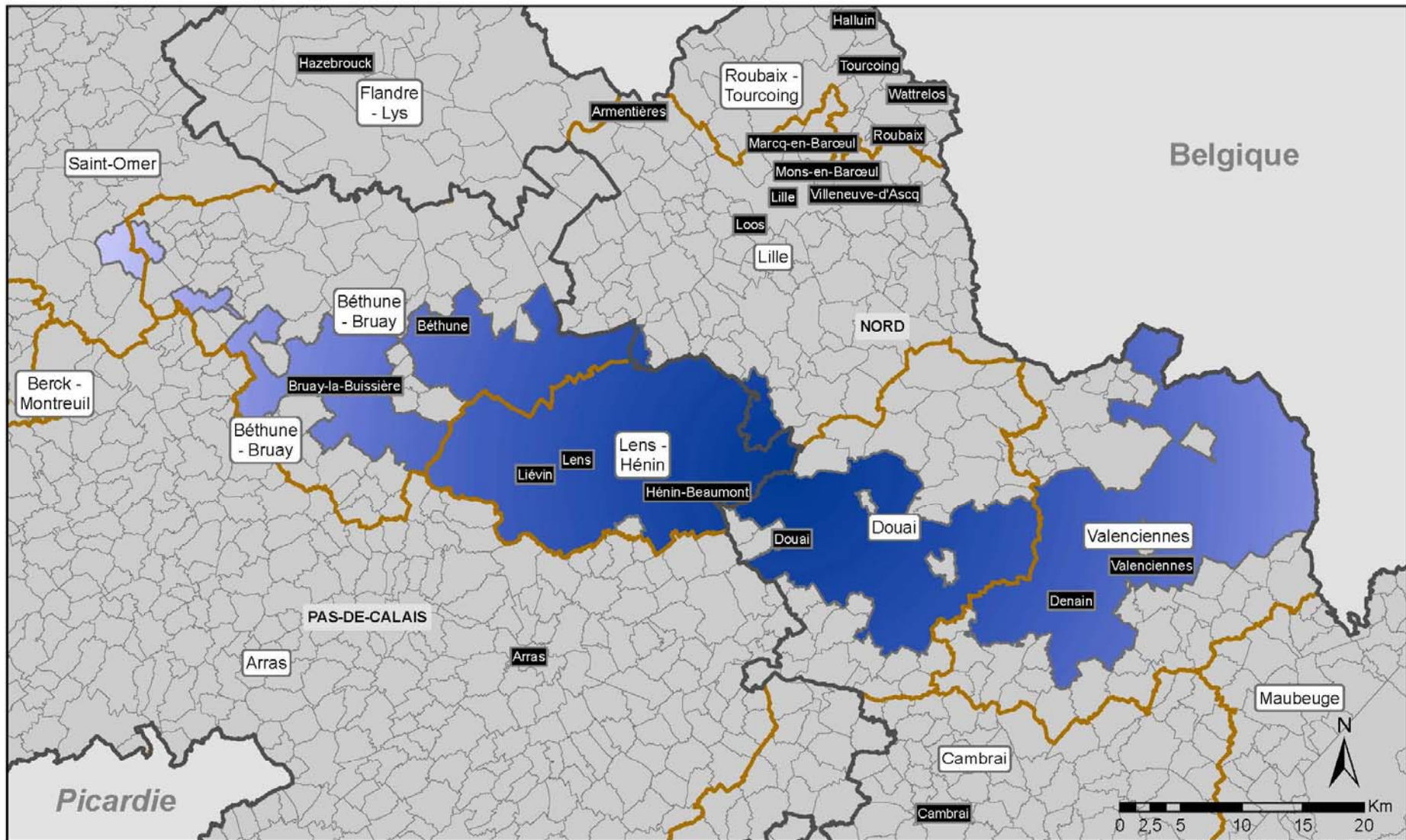
Trédez G. *Santé et politiques publiques*. Loos : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2014 ; 168 p.

Trédez G. *L'évaluation d'impact sur la santé : analyse et perspectives de développement dans le Nord – Pas-de-Calais*. Loos : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2013 ; 89 p.

Annexes

Annexe 1

Cartographie



Territoire d'étude des professionnels de santé - Association des Communes Minières

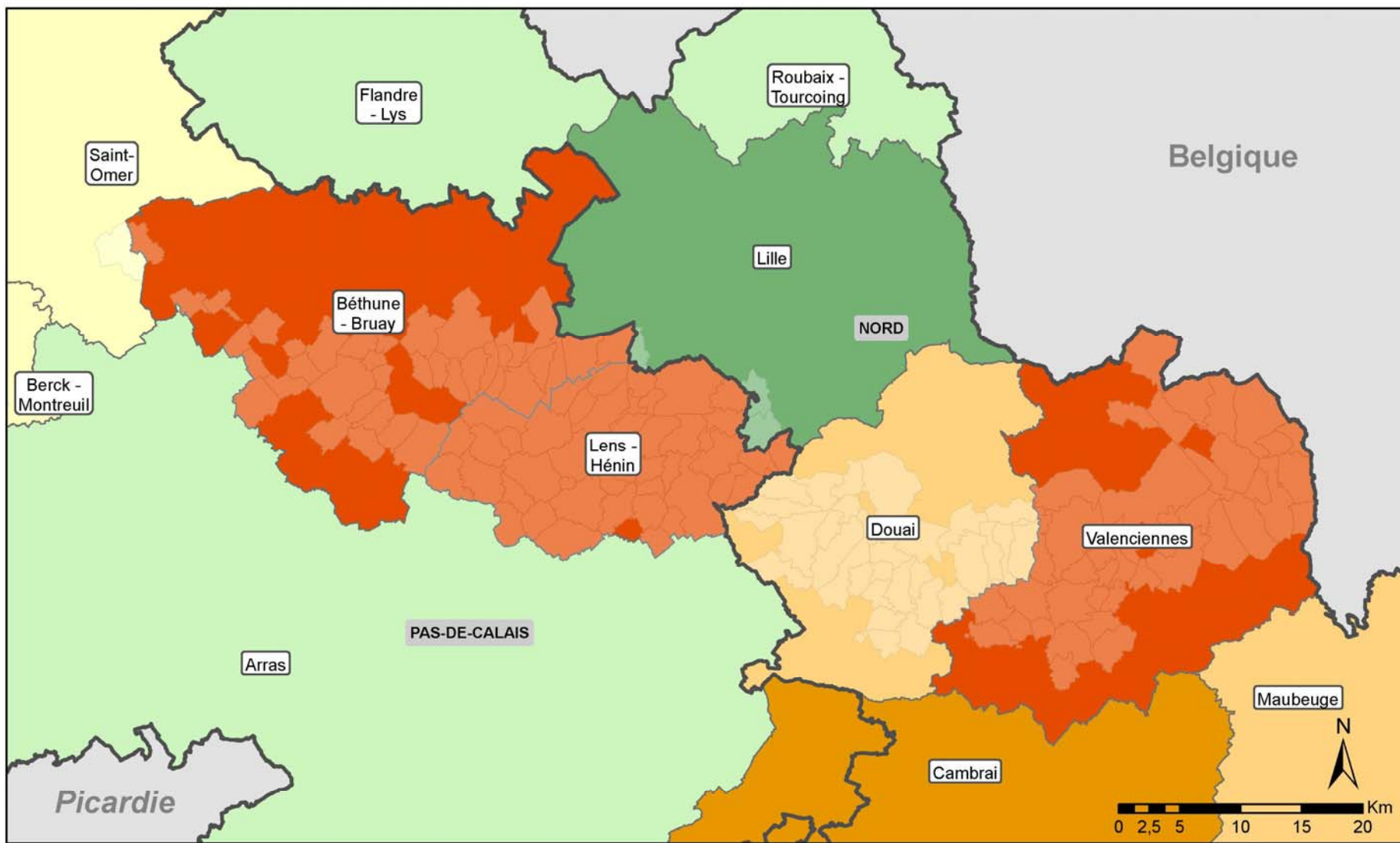
Y:\DocuMXD\0_Santé\ProfSantéTerrEtude.mxd

Périmètre département
 Zone d'emploi

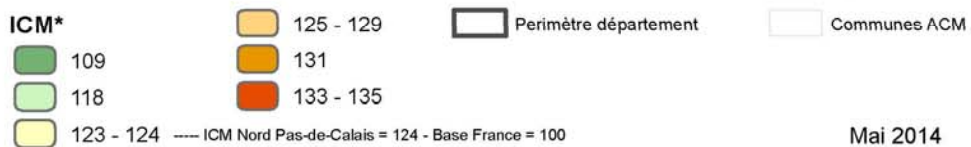


www.orsnpdc.org

Mai 2014



Mortalité des femmes et des hommes, toute cause en 2010 par zones d'emploi



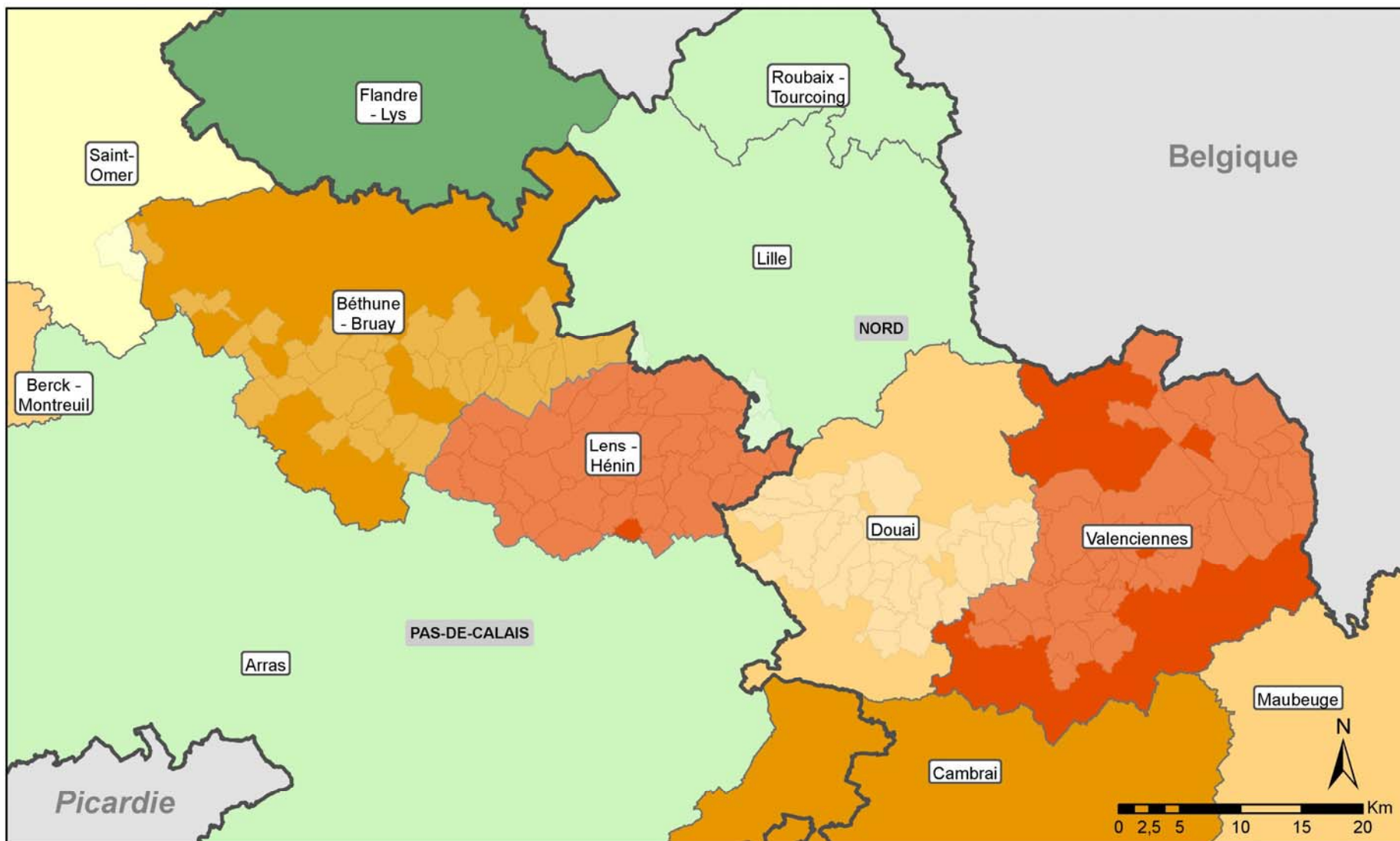
Mai 2014



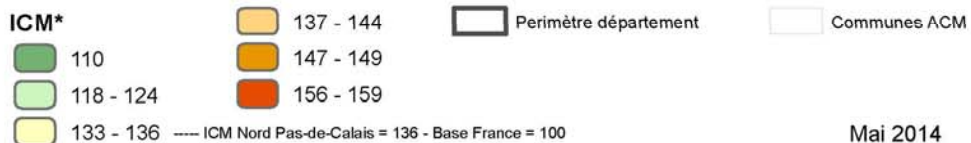
www.orsnpsc.org

*ICM : Indices Comparatifs de Mortalité

Sources : Observatoire Régional de la Santé Nord-Pas-de-Calais - données ORS 2010 - Bd Topo IGN 2013 - Insee (ZE2010 au 1er janvier 2013)



Mortalité prématurée des femmes et des hommes de moins de 65 ans, toute cause en 2010 par zones d'emploi



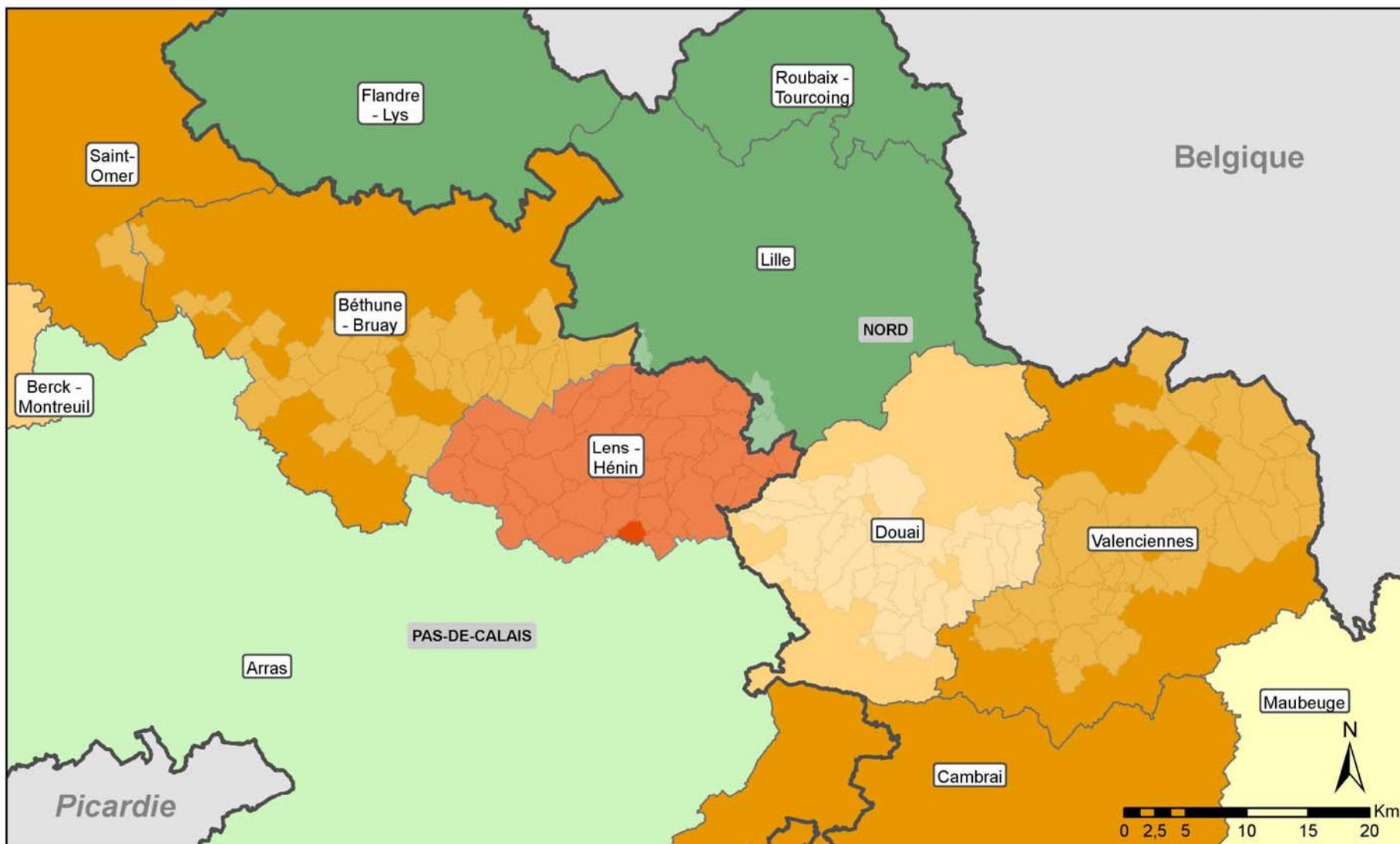
Mai 2014



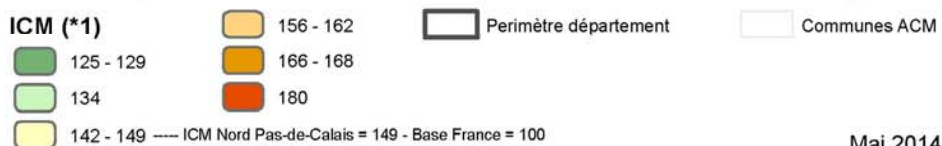
www.orsnpsc.org

*ICM : Indices Comparatifs de Mortalité

Sources : Observatoire Régional de la santé Nord-Pas-de-Calais - données ORS 2010 - Bd Topo IGN 2013 - Insee (ZE2010 au 1er janvier 2013)



Mortalité prématurée* des femmes et des hommes, évitable par la prévention en 2010 par zones d'emploi



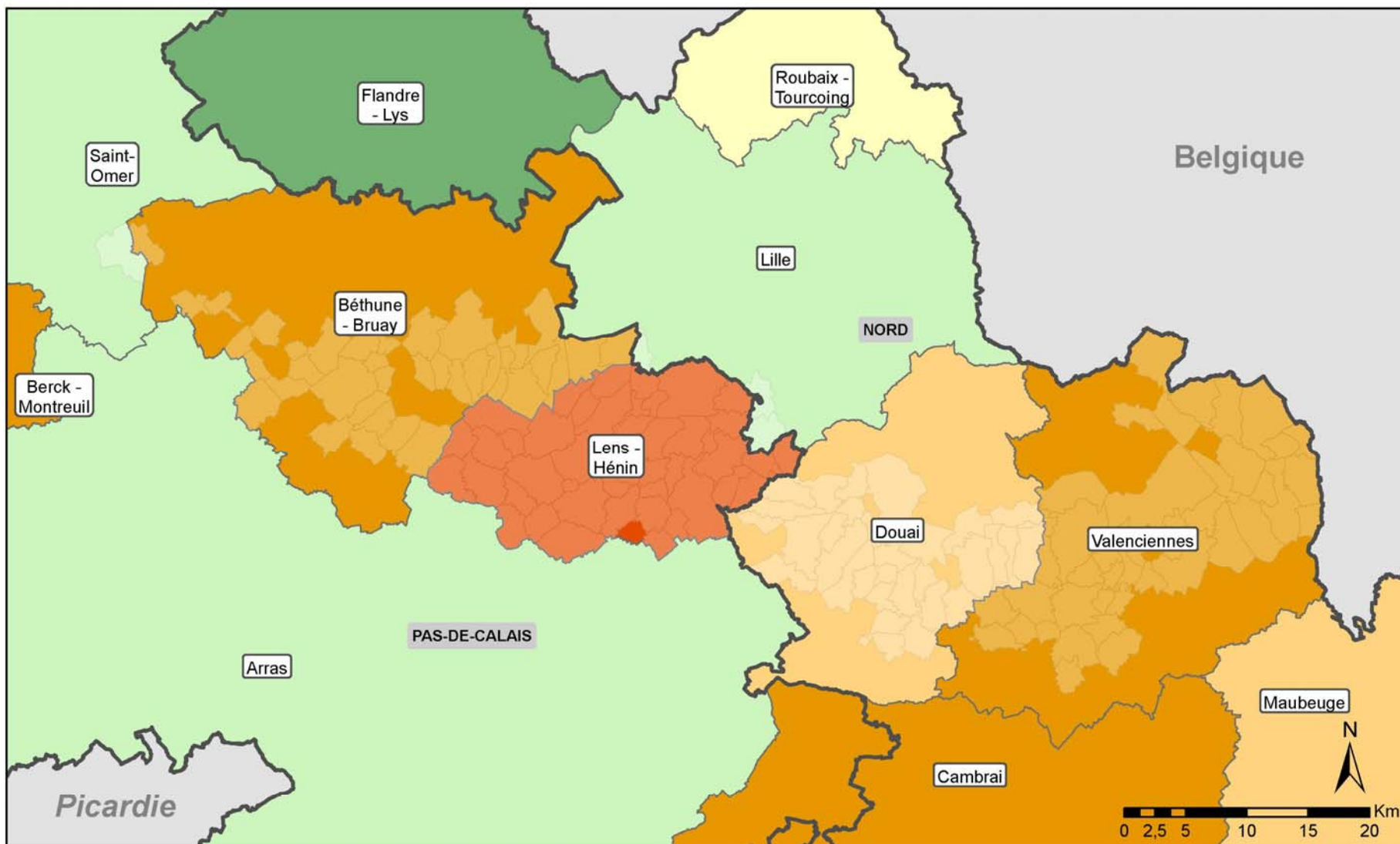
Mai 2014



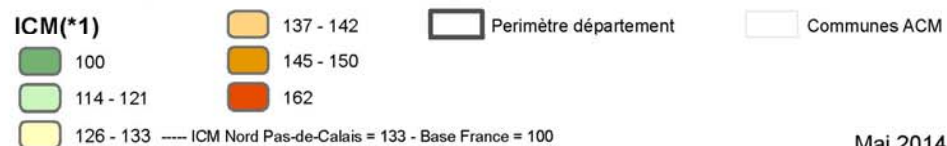
www.orsnpsc.org

(*) : moins de 65 ans
 (*1) ICM : Indices Comparatifs de Mortalité

Sources : Observatoire Régional de la santé Nord-Pas-de-Calais - données ORS 2010 - Bd Topo IGN 2013 - Insee (ZE2010 au 1er janvier 2013)



Mortalité prématurée*, évitable par l'amélioration de l'offre de soins en 2010 par zones d'emploi



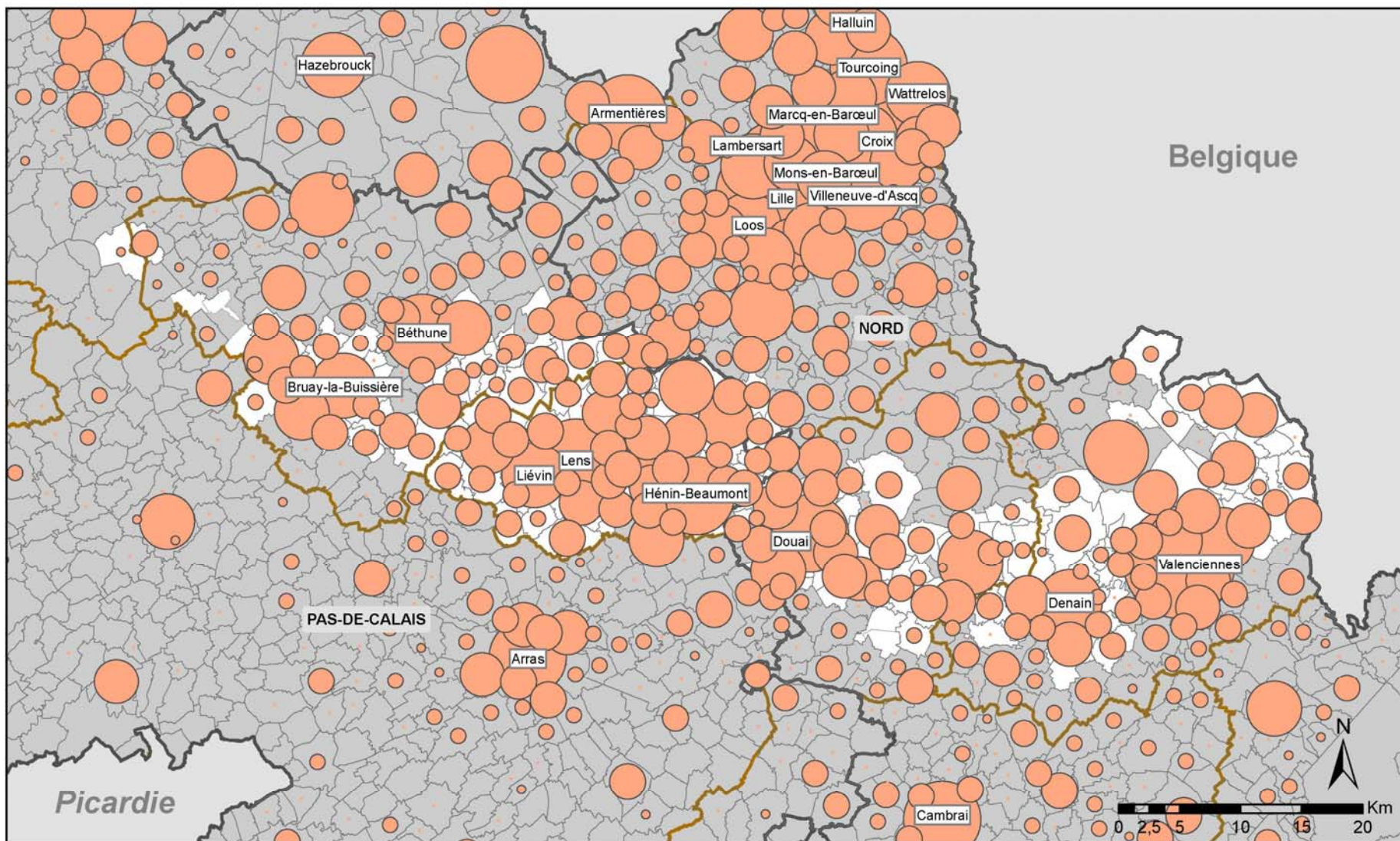
Mai 2014



www.orsnpsc.org

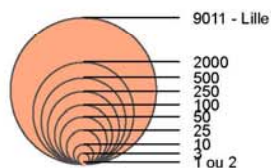
(*) : des femmes et des hommes de moins de 65 ans
 (*1) ICM : Indices Comparatifs de Mortalité

Sources : Observatoire Régional de la santé Nord-Pas-de-Calais - données ORS 2010 - Bd Topo IGN 2013 - Insee (ZE2010 au 1er janvier 2013)



Offre de professionnels de santé de proximité* en 2012 par commune

Nb de professionnel de proximité



- Périimètre département
- Communes ACM
- Zone d'emploi

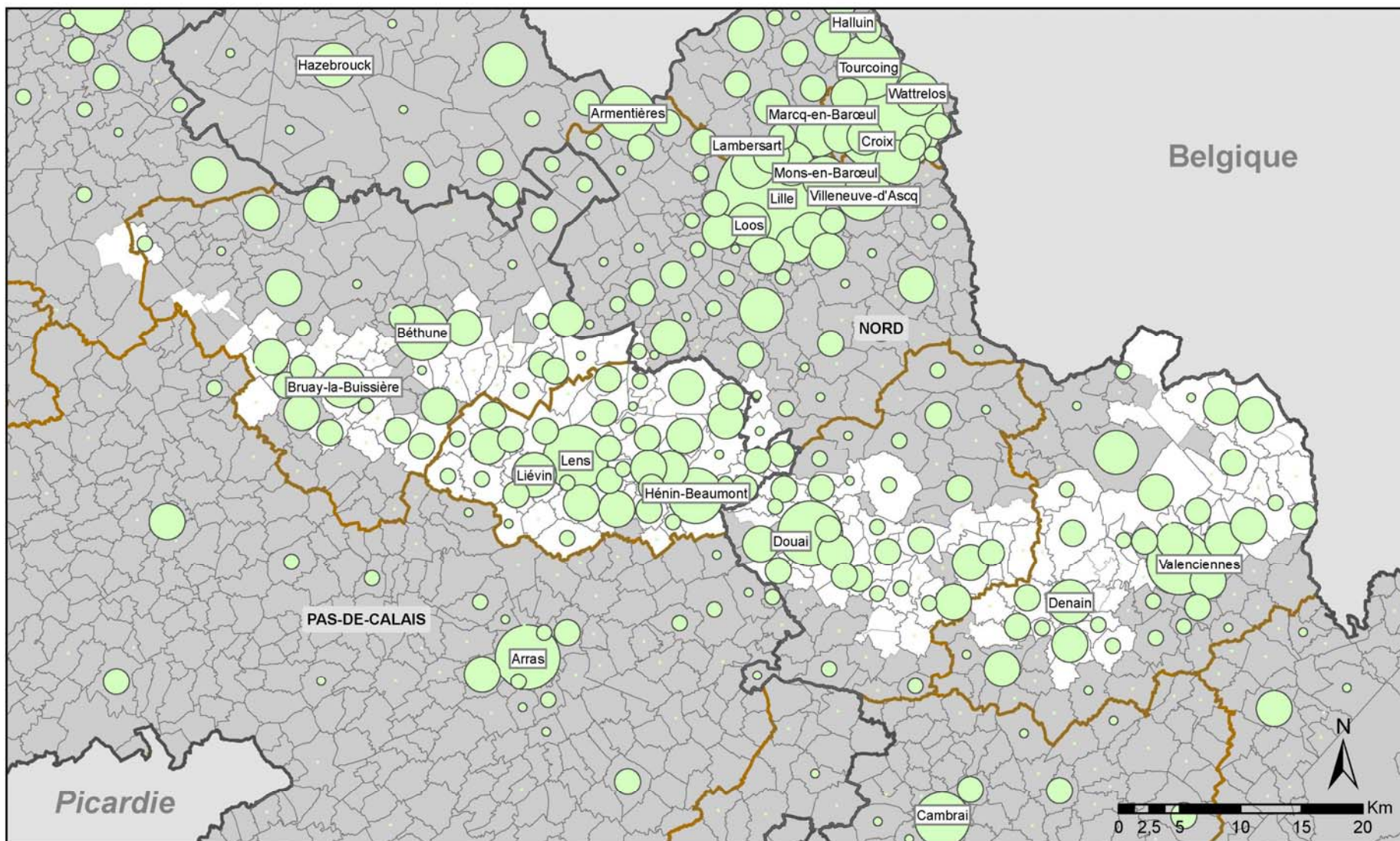


www.orsnpdc.org

Mai 2014

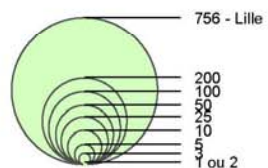
* Tels que définis par la loi HPST

Sources : Observatoire Régional de la santé Nord-Pas-de-Calais - données ADELI - Insee (ZE2010 au 1er janvier 2013)



Offre de médecins généralistes en 2012 par commune

Nb de médecins généralistes



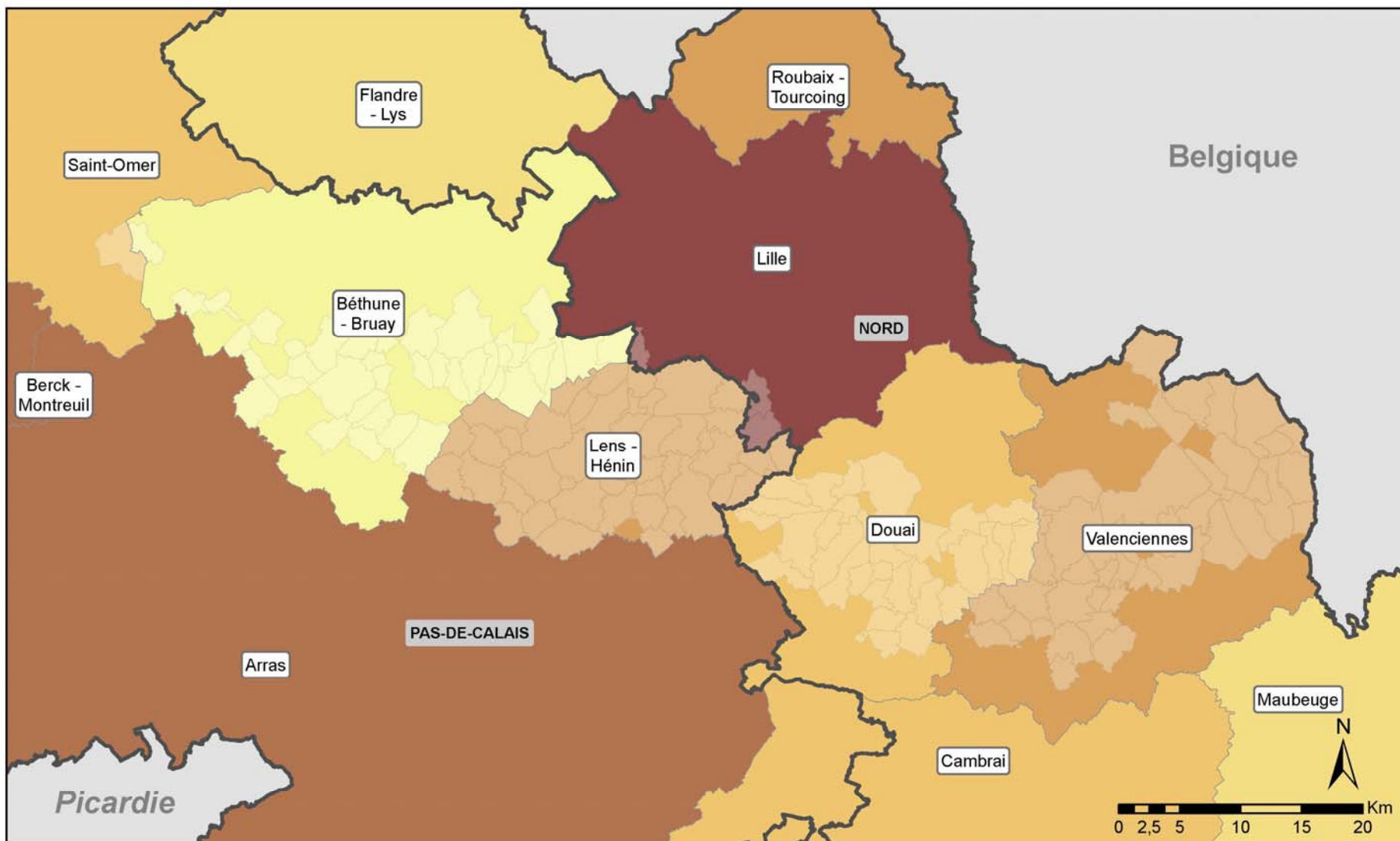
-  Périmètre département
-  Communes ACM
-  Zone d'emploi

Mai 2014



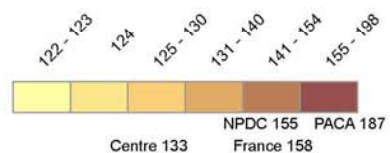
www.orsnpdc.org

Sources : Observatoire Régional de la santé Nord-Pas-de-Calais - données ADELI - ORS 2012 - Bd Topo IGN 2013 - Insee (ZE2010 au 1er janvier 2013)



Densité des médecins généralistes en 2012 par zones d'emploi

Nb de généralistes pour 100 000 hab



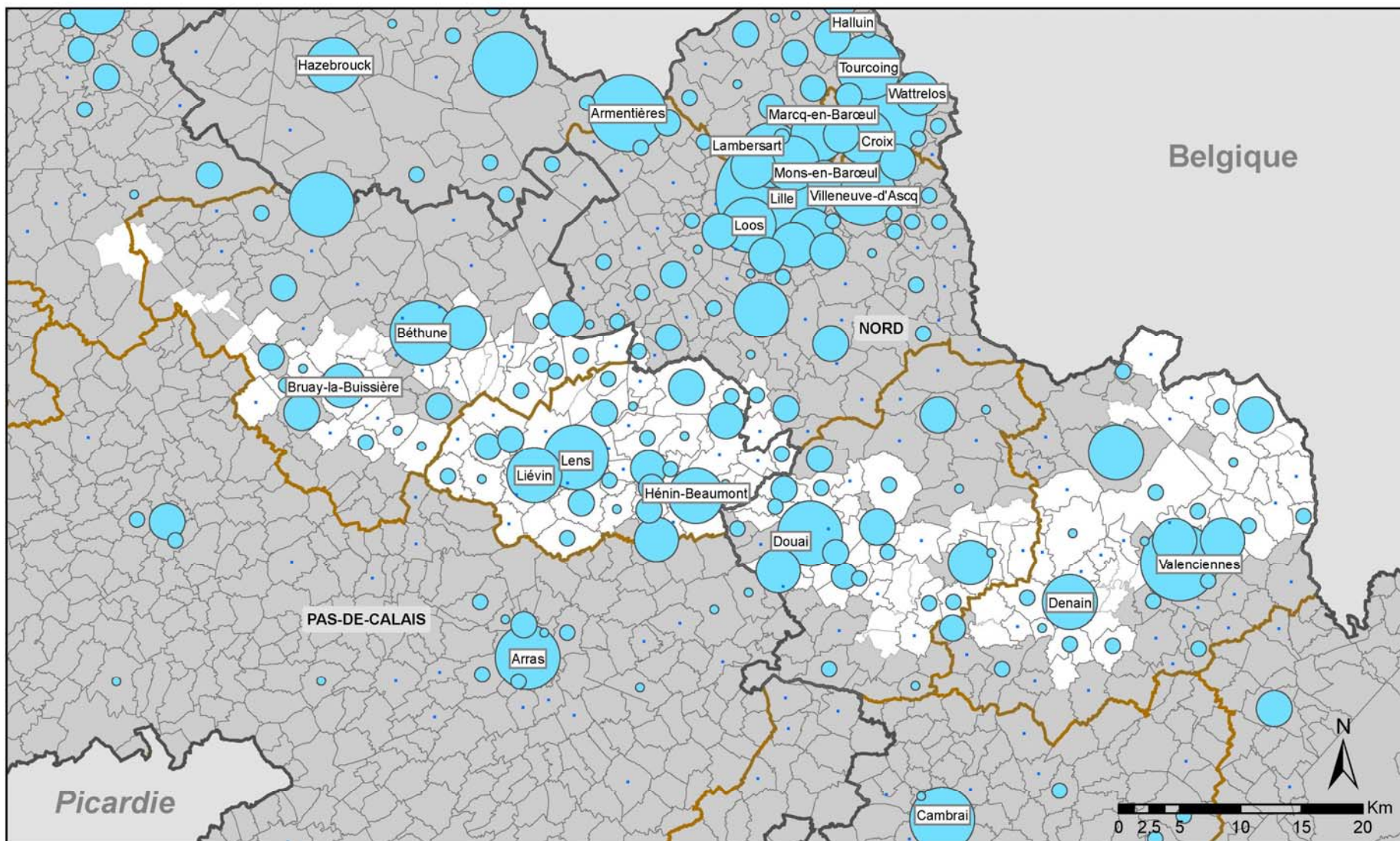
Perimètre département
Communes ACM



www.orsnpdc.org

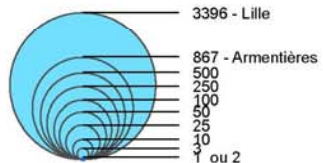
Mai 2014

Sources : Observatoire Régional de la santé Nord-Pas-de-Calais - données ORS 2010 - Bd Topo IGN 2013 - Insee (ZE2010 au 1er janvier 2013)



Offre de professionnels de santé de pôle* en 2012 par commune

Nb de professionnel de pôle



- Périimètre département
- Communes ACM
- Zone d'emploi

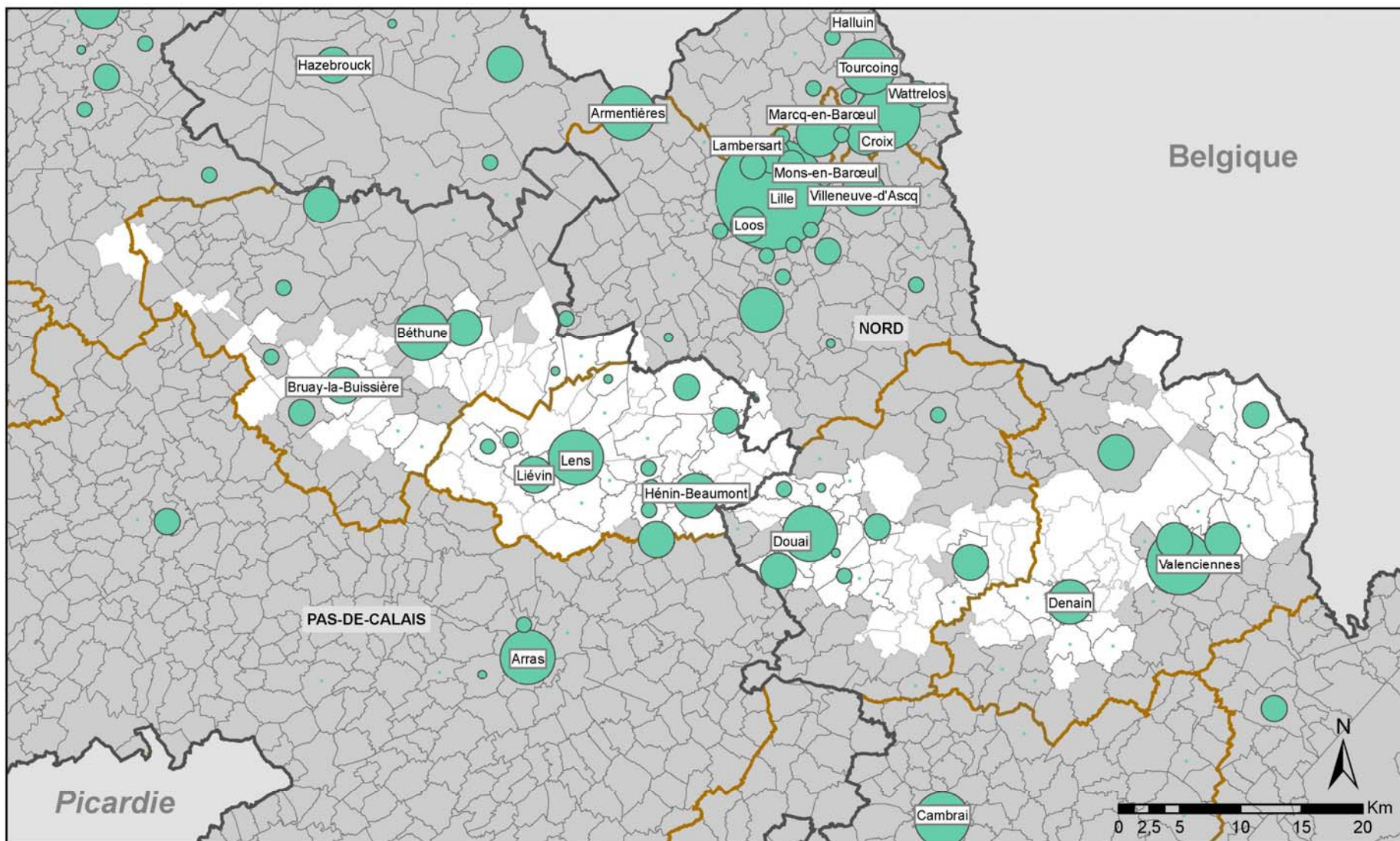
Mai 2014



www.orsnpdc.org

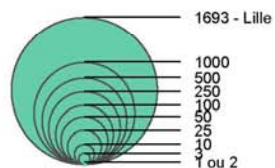
* Ensemble des professionnels de santé à l'exception des professionnels de santé de proximité

Sources : Observatoire Régional de la santé Nord-Pas-de-Calais - données ADELI - Insee (ZE2010 au 1er janvier 2013)



Offre de médecins spécialistes en 2012 par commune

Nb de médecins spécialistes



- Périmètre département
- Communes ACM
- Zone d'emploi

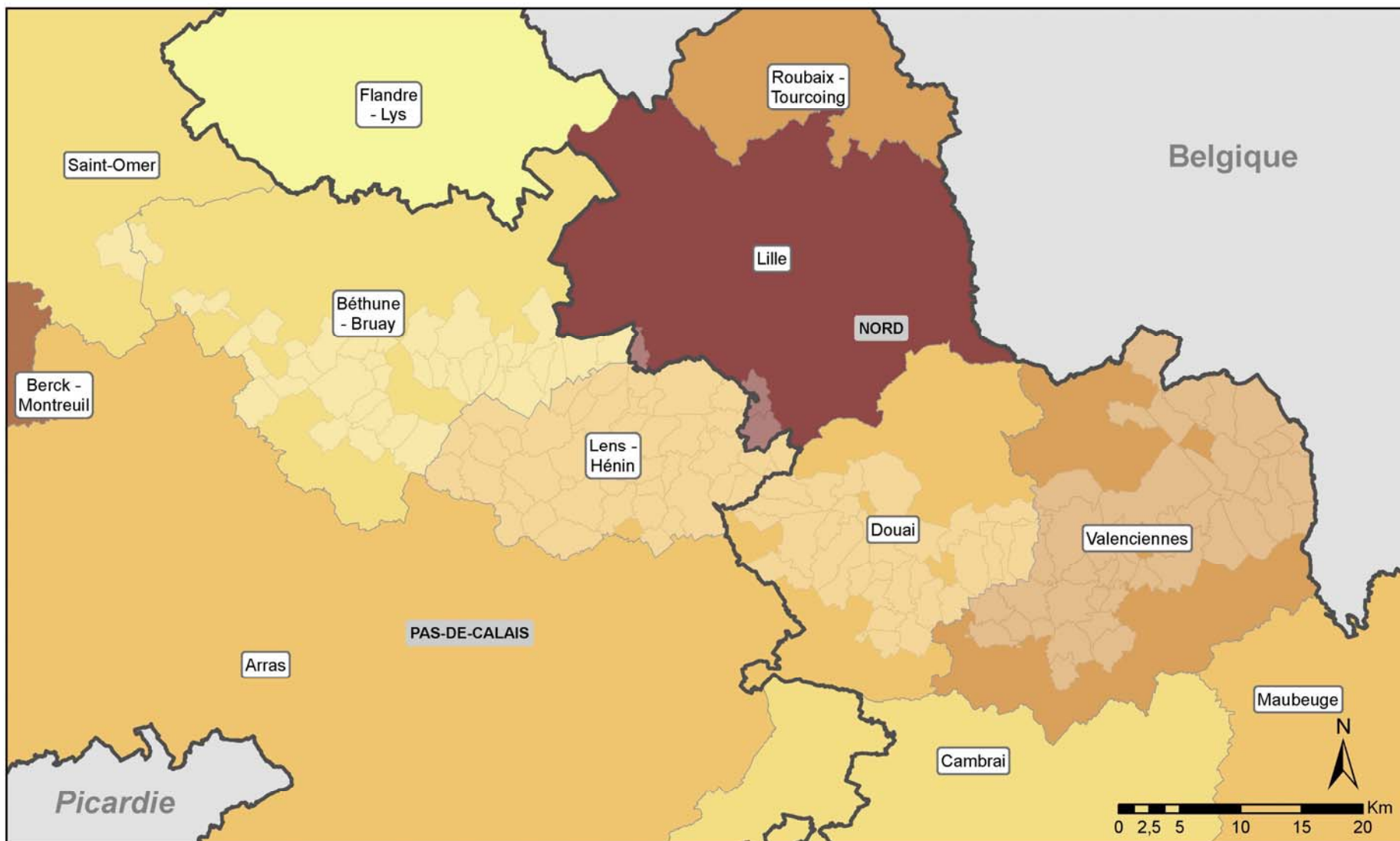


www.orsnpsc.org

Mai 2014

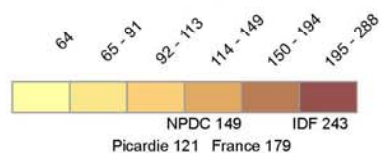
* Ensemble des professionnels de santé à l'exception des professionnels de santé de proximité

Sources : Observatoire Régional de la santé Nord-Pas-de-Calais - données ADELI - Insee (ZE2010 au 1er janvier 2013)



Densité des médecins spécialistes en 2012 par zones d'emploi

Nb de spécialistes pour 100 000 hab



Perimètre département

Communes ACM



www.orsnpdc.org

Mai 2014

Sources : Observatoire Régional de la santé Nord-Pas-de-Calais - données ORS 2010 - Bd Topo IGN 2013 - Insee (ZE2010 au 1er janvier 2013)

Annexe 2

Table des tableaux, cartes et annexes

Tableaux

Tableau 1 : Mortalité toutes causes dans les communautés d'agglomération. Période 2007-2010.....	12
Tableau 2 : Mortalité toutes causes avant 65 ans dans les communautés d'agglomération. Période 2007-2010...	13
Tableau 3 : Mortalité évitable par des actions sur les facteurs de risque individuel, avant 65 ans dans les communautés d'agglomération. Période 2007-2010	15
Tableau 4 : Mortalité évitable par des actions sur le système de soins, avant 65 ans, dans les communautés d'agglomération. Période 2007-2010	17
Tableau 5 : Évolution différentielle de la mortalité dans les communautés d'agglomération. Période 1982 - 2010	21
Tableau 6 : Indices de défaveur sociale de Townsend et Carstairs dans les communautés d'agglomération. Année 2010	23
Tableau 7 : Professionnels de santé de proximité et médecins généralistes, dans les zones de proximité et zones d'emploi. Année 2012.....	26
Tableau 8 : Professionnels de santé de proximité et médecins généralistes, dans les communautés d'agglomération. Année 2012	27
Tableau 9 : Professionnels de pôles et médecins spécialistes dans les communautés d'agglomération. Année 2012	28
Tableau 10 : Professionnels de pôles et médecins spécialistes dans les zones de proximité et zones d'emploi. Année 2012.....	29
Tableau 11 : Évolution de la démographie des professionnels de santé (taux, quartile et rang national).....	33
Tableau 12 : Les emplois du secteur d'activité économique santé humaine, dans les communautés d'agglomération. Année 2006	35

Cartes

Carte 1 : Mortalité prématurée toutes causes dans le <i>Bassin minier</i> et dans les zones d'emploi de France métropolitaine. Période 2007 - 2010.....	14
Carte 2 : Les Pôles d'offre du Bassin minier identifiés par Bassins de vie 2012 définis par l'INSEE	30
Carte 3 : Les Pôles d'offre de la France métropolitaine identifiés par bassins de vie 2012 définis par l'INSEE	32

Annexe 1 : Cartographie

Territoire d'étude des professionnels de santé	45
Mortalité des femmes et des hommes, toute cause en 2010 par zones d'emploi.....	47
Mortalité prématurée des femmes et des hommes de 65 ans, toute cause en 2010 par zones d'emploi.....	49
Mortalité prématurée des femmes et des hommes, évitable par la prévention en 2010 par zones d'emploi	51
Mortalité prématurée évitable par l'amélioration de l'offre de soins en 2010 par zones d'emploi.....	53
Offre de professionnels de santé de proximité en 2012 par commune	55
Offre de médecins généralistes en 2012 par commune	57
Densité des médecins généralistes en 2012 par zones d'emploi	59
Offre de professionnels de santé de pôle en 2012 par commune	61
Offre de médecins spécialistes en 2012 par commune	63
Densité des médecins spécialistes en 2012 par zones d'emploi	65

ISBN : 978-2-914512-68-8

Septembre 2014



Observatoire Régional de la Santé Nord - Pas-de-Calais

235 avenue de la Recherche
59120 Loos
Tél. : +33 (0)3 20 15 49 20
Fax : +33 (0)3 20 15 10 46
www.orsnpdc.org