

Les Suds du Nord

03
2

Olivier Lacoste, Gwen Marqué

Samantha Lepez, Stéphanie Le Niniven, Gilles Poirier



Les Suds du Nord

Étude territorialisée de Santé Publique et de prospective

Olivier Lacoste¹
Gwen Marqué²
Samantha Lepez³
Gilles Poirier⁴
Stéphanie Le Niniven⁵

¹ Directeur de l'ORS Nord – Pas-de-Calais

² Chargé d'étude à l'ORS Nord – Pas-de-Calais

³ Technicienne d'enquête à l'ORS Nord – Pas-de-Calais

⁴ Statisticien chargé d'étude à l'ORS Nord – Pas-de-Calais

⁵ Technicienne d'enquête à l'ORS Nord – Pas-de-Calais

Sommaire

<i>Remerciements</i>	<i>p 9</i>
<i>Introduction</i>	<i>p 11</i>
Une unité dans l'absence de polarisation métropolitaine	<i>p 11</i>
L'inconvénient ressenti d'un milieu <i>différent</i>	<i>p 12</i>
<i>Résumé</i>	<i>p 13</i>
TERRITOIRE ET POPULATION	<i>p 19</i>
Des territoires de contacts	<i>p 19</i>
La ville organise et occupe pourtant l'essentiel du territoire	<i>p 21</i>
L'arrondissement d'Arras	<i>p 21</i>
L'arrondissement de Cambrai	<i>p 21</i>
L'arrondissement d'Avesnes-sur-Helpe	<i>p 21</i>
Moins ruraux qu'il n'y paraît	<i>p 22</i>
Un sixième de la population régionale en six groupes	<i>p 28</i>
De faibles relations territoriales attendues	<i>p 29</i>
Un faible maillage potentiel	<i>p 29</i>
Isolement ou influences périphériques	<i>p 29</i>
Des flux nord-sud dans les relations inter-pôles	<i>p 30</i>
Saint-Pol, très dépendant d'Arras et de Béthune et peu structurant	<i>p 30</i>
Arras, d'importants flux vers Douai-Lens et Lille qui ne s'expliquent pas tous par la proximité	<i>p 30</i>
Cambrai, des liens vers le nord et la Picardie	<i>p 31</i>
Caudry, dépendant et peu attractif	<i>p 31</i>
Maubeuge, plus centripète et tourné vers par-delà la frontière	<i>p 31</i>
Aulnoye-Aymeries, beaucoup de dépendance	<i>p 31</i>
Fourmies, tourné vers le sud	<i>p 31</i>
Jeunesse et faibles densités de population urbaine	<i>p 35</i>
Une répartition par âge très contrastée	<i>p 35</i>
Celui qui se dépeuple n'est pas toujours celui qu'on croit	<i>p 35</i>
Des tendances variables selon les arrondissements	<i>p 36</i>
Chômage et activité, très proches de la région	<i>p 37</i>
De beaucoup d'actifs à Arras à plus de chômage à Avesnes	<i>p 37</i>
Niveaux de diplômes : moins de contrastes	<i>p 38</i>
Les vecteurs de la mobilité	<i>p 39</i>
L'ÉTAT DE SANTÉ	
<i>Les causes de mortalité</i>	<i>p 41</i>
Près d'un quart des décès en trop	<i>p 41</i>
Surmortalité vis-à-vis de la France, sous-mortalité par rapport aux valeurs régionales	<i>p 43</i>
Un mieux à Arras, un enjeu à Cambrai	<i>p 43</i>

Les tumeurs, un décès sur quatre	p 43
Plus de cancers broncho-pulmonaires dans l'Avesnois et le Cambrésis	p 45
Un territoire globalement très affecté par la mortalité alcoolique	p 45
Les cardiopathies ischémiques : une cause de surmortalité territorialement contrastée	p 46
Les suicides, leurs campagnes et l'anomalie de l'aire urbaine de Cambrai	p 48
LES SOINS	
Offre, recours et comportements	p 51
Comportements des usagers du système de santé	p 51
Celui qui consomme n'est pas toujours celui qu'on attendait	p 51
À chaque territoire sa consommation de soins	p 52
Quelques pics de médecine pour les uns...	p 53
... Et des sommets de chirurgie pour les autres	p 54
Une faiblesse de consommation généralisée pour le dernier	p 54
Des tendances fortes par arrondissement qui mettent en doute certains clichés	p 55
Avesnes-sur-Helpe	p 55
Cambrai	p 55
Arras	p 55
La "lourdeur" des soins : un indicateur à manier avec prudence	p 56
Des pics de consommation de soins dits <i>lourds</i> pour Cambrai, tandis qu'Arras feint toujours d'ignorer les structures de soins	p 57
Qui semble consommer le moins, fuit le plus	p 58
Fuites : des révélations pour Avesnes, une constante pour Cambrai, tandis qu'Arras fuit beaucoup vers le Bassin minier	p 59
Des soins <i>lourds</i> dans les flux de fuites d'Avesnes-sur-Helpe	p 61
Confirmation d'un territoire très contrasté dans sa manière d'utiliser le système de soins...	p 62
... Le pic d'Avesnes, la péninsule arrageoise, et la surprise de Cambrai	p 62
Couverture des besoins et pertinence de l'offre de soins	p 63
Positionnement des zones des <i>Suds du Nord</i> par rapport aux principales zones périphériques	p 63
Analyse du "potentiel de couverture" des besoins de la population : le profil de la production de soins correspond-il au profil de la consommation de soins ?	p 64
Une production centralisée en toute logique vers les établissements des aires urbaines principales	p 64
Pour chaque arrondissement, la production peut-elle potentiellement couvrir les besoins de consommation de la population ?	p 65
Jusqu'où la population doit-elle aller en dehors du territoire des <i>Suds du Nord</i> pour que ses besoins soient potentiellement couverts ?	p 67
Une surprise : de l'apparente nécessité de recourir aux structures lointaines pour des soins dits "de proximité"	p 68
Offre de soins ou comportement de la population : quelle est la cause, quel est l'enjeu ?	p 69
Le profil de la production de soins correspond-il au profil de la population et de la consommation de soins ?	p 70
La population des zones des <i>Suds du Nord</i> a-t-elle un accès égal aux soins de recours (plateau technique et expertise de haut niveau) du nord des Suds ?	
Est-ce que la population des zones rurales a moins accès à la filière de soins ?	p 73
Comparaison avec les déplacements Domicile-Travail	p 75
Arras, terre d'échange avec le Bassin minier ; Cambrai, zone d'attraction de Valenciennes	p 75

Sommaire

La découverte d'un territoire fortement tourné vers le nord pour le recours aux soins	p 76
Confirmation de l'attractivité de Cambrai et d'Arras, Maubeuge semble plus isolé	p 76
Comparaison du nombre de séjours (hors ambulatoire) par rapport au nombre de lits MCO (productivité)	p 77
Des ratios de productivité apparemment élevés pour Maubeuge et Cambrai	p 77
Répartition des lits MCO dans les zones des <i>Suds du Nord</i>	p 78
Le nombre de lits le plus bas en obstétrique et en chirurgie pour Maubeuge	p 78
Répartition des équipements lourds dans les zones des <i>Suds du Nord</i> (Tableaux de 1996)	p 79
Part du développement de l'activité ambulatoire dans les zones des <i>Suds du Nord</i>	p 79
Démographie médicale et paramédicale actuelle et future	p 80
Répartition par zone des médecins généralistes/spécialistes/obstétriciens/psychiatres	p 80
 <i>Propositions</i>	 p 83
I – S'inscrire dans un dispositif régional et développer les partenariats afin de minimiser les effets des pénuries médicales et paramédicales	p 84
II – Accompagner une diversification des flux hospitaliers vers l'est et l'ouest, pour améliorer l'accessibilité et la continuité des soins	p 84
III – Positionner les questions de santé au sein des communautés d'agglomération et communautés de pays	p 85
IV – Développer une ingénierie territoriale accompagnant des projets et diffusant des analyses afin de briser la déconnexion du territoire et de la Santé Publique	p 85
 <i>Atlas</i>	 p 93
 <i>Bibliographie</i>	 p 95
 <i>Abréviations</i>	 p 99

Remerciements

Nous tenons à remercier :

M. Bernard, M. le Dr Bradier, M. Breton, Melle Capelle, M. le Dr Capelle, M. Curdy, Mme Delépine, Mme Dervaux, M. Desjonquères, Mme Djebbar, Mme le Dr Dubocage, M. Dumont, M. Dusautoire, M. Faure, M. Gindrey, Mme Gruson, Mme Hérent, M. Hérent, M. Hugbart, M. Labiche, M. Larere, M. Lassalle, M. Lauverjah, M. Lecerf, M. Legros, M. Lehoucq, Mme Leroy, M. le Dr Paradis, Mme le Dr Pruvost, M. le Dr Renard, M. Revillon, M. Rietman, M. Roméro, M. Thibaux, Mme le Dr Tondeux, Mme Urban, M. le Dr Vanhouttegen, Mme Vendeville-Fiers, M. le Dr Vermelen, Melle Wecxsteen, Mme Ziliani,

pour le temps qu'ils ont bien voulu nous consacrer dans le cadre de cette étude.

Introduction

"Les *Suds du Nord*" constituent la troisième étude territorialisée portant sur une partie de la région Nord – Pas-de-Calais. Elle fait suite aux précédentes publications consacrées tout d'abord au *Bassin houiller* en 1996 et au *Littoral* en 2000. Ayant maintenu une méthodologie identique, nous espérons que cette analyse de *géographie appliquée à la santé publique* trouvera un lectorat aussi large et que les constats et conclusions apportés pourront atteindre des effets similaires.

L'approche mise en œuvre consiste à considérer les territoires comme les individus d'étude afin de cerner et analyser les processus en cours, les éventuelles spécificités, et dégager des axes d'interventions et d'initiatives prioritaires.

Comme précédemment, nous avons pu développer une méthodologie "composite" alliant :

- exploitation statistique ;
- analyse d'entretiens de terrain ;
- analyse géographique ;
- et mise en regard des éléments vis-à-vis de la bibliographie disponible.

Ce travail aboutit à des propositions qui, l'espérons-nous, pourront servir de base à une démarche locale et régionale de *Prospective territoriale*¹.

Une unité dans l'absence de polarisation métropolitaine

Les *Suds du Nord* représentent un ensemble relativement homogène. Cependant, à la différence des deux territoires précédemment étudiés (le Bassin houiller et le Littoral), il n'est pas pourvu *a priori* d'une identité reconnue dans la littérature, les collectivités territoriales, ou par les acteurs locaux qui y interviennent.

La perception d'une appartenance territoriale y est par conséquent presque inexistante. Elle est assurément bien plus faible en regard de ce que nous avons pu relever entre Auchel et Bruay-sur-l'Escaut, ou entre Dunkerque et Berck-sur-Mer. L'Artois ou le Hainaut sont sans doute des références historiques plus que territoriales. Elles demeurent aujourd'hui trop ténues pour qu'une vision plus large et globalisée vienne fédérer en une ou deux entités la collection de bourgs et de petites zones urbaines qui s'y trouve présente. Quant aux deux petites agglomérations d'Arras et de la vallée de la Sambre, leurs capacités de structuration sont limitées en dépit de leurs derniers redéploiements et n'affectent que peu leurs espaces périphériques.

Cette absence représente incontestablement une difficulté tant que des réponses n'y ont pas été apportées, tant qu'une mise en perspective n'y a pas été conduite. La chose est réalisable, nous l'avons abordé dans les lignes qui suivent. Par ailleurs, des pistes s'ouvrent à ces territoires. Ne dit-on pas de plus en plus que *l'avenir du Nord est au Nord*².

Si le Nord – Pas-de-Calais est une "interrégion à elle-seule"³, les *Suds du Nord* peuvent, dans une certaine mesure, être considérés comme une petite région à eux-seuls. L'avenir des *Suds du Nord* est sans doute "au Nord"⁴, mais aussi à l'est et en eux-mêmes.

La réinsertion des pôles secondaires de Maubeuge et Cambrai, en recherchant des synergies avec le Hainaut belge, mérite d'être étudiée. Arras, quant à lui, renforce déjà ses liens avec Lens et Douai, tout en rayonnant sur un vaste territoire rural.

Enfin, les liens entre le Nord – Pas-de-Calais et la Picardie, s'ils restent encore très largement méconnus, pourraient s'intensifier en s'appuyant sur une continuité géographique certaine.

¹ Delamarre A, Malhomme M.C. *La prospective territoriale*. Paris : La Documentation française, 2002 ; 110 p.

² DATAR, Préfecture de la région Nord – Pas-de-Calais, MIIAPN. *Pays du Nord. Contribution de l'État à de nouveaux enjeux interrégionaux*. Paris : La Documentation française, 2002 ; 123 p.

³ *Ibid.*

⁴ *Ibid.*

L'inconvénient ressenti d'un milieu *différent*

Les *Suds du Nord* sont caractérisés par des faits communs, asymptotiques de la région Nord – Pas-de-Calais. Certains sont perçus sur le terrain : faibles densités qui accroissent le sentiment d'éloignement par rupture du *continuum* urbain, position marginale à l'ensemble régional et phénomènes asymptotiques par rapport aux grandes tendances régionales.

En fait, l'un des points essentiels que nous retenons des entretiens que nous avons menés, est que *le milieu banal, semblable à bien d'autres en France, est perçu comme un vecteur de handicaps dans la mesure où il se démarque par certains aspects, des grandes caractéristiques régionales.*

La ruralité supposée plus que réelle en fin de compte, est vécue comme une contrainte. Cette impression largement ressentie par les acteurs en place ne recouvre pas, dans l'ensemble, une réalité. Le fait rural, même s'il régresse depuis plusieurs années ici comme ailleurs dans le territoire français, est par ailleurs très surestimé par les acteurs de terrain.

Résumé

La jeunesse de sa région et la vieillesse de sa ruralité caractérisent la population des *Suds du Nord*. Cette population, souvent qualifiée de rurale par les informateurs-clés, n'en comporte pourtant pas tous les clichés.

Tout d'abord, elle est particulièrement jeune par rapport à la moyenne française, et ce qui peut être synonyme de dynamisme, fait aussi émerger des préoccupations chez les informateurs-clés concernant l'accès aux études et au premier emploi, ainsi que les risques d'exode vers les centres urbains plus importants (d'autant que le niveau d'études dans les *Suds du Nord* est plus faible que dans le reste de la région). La corrélation entre jeunesse et aire urbaine est mise à mal : par exemple, la population de la dominante rurale d'Avesnes-sur-Helpe est aussi jeune que celle de l'aire urbaine d'Arras, ce point met à nouveau l'accent sur les questions de transport de cette population.

Ensuite, même en dessous de la moyenne française, la population des plus de 65 ans est malgré tout plus importante dans cette partie de la région Nord – Pas-de-Calais. Il en résulte deux conséquences majeures sur les *Suds du Nord* : d'une part, le taux élevé des populations extrêmes diminue de fait la part de la population active (ce qui constitue économiquement une faiblesse pour certaines zones des *Suds du Nord*), d'autre part, la personne âgée paraît être une préoccupation majeure des informateurs-clés (par l'augmentation de la prévalence de pathologies spécifiques comme la maladie d'Alzheimer, et la présence d'un nombre important de structures de soins de suites et de longs séjours qui semblent avoir un recrutement au-delà des *Suds du Nord* ; ce phénomène confirme des tendances déjà observées par l'INSEE¹).

¹ "La tendance à la spécialisation des espaces ruraux dans l'accueil de personnes âgées est confirmée par l'analyse du nombre de places disponibles. Entre 1988 et 1998, la croissance du nombre de places est forte dans les espaces ruraux sous influence urbaine et même dans les espaces ruraux isolés (respectivement

Enfin, l'image d'une population rurale sédentaire est remise en cause. Un nombre de voitures par habitant supérieur à la moyenne régionale et des flux domicile-travail importants entre les aires urbaines principales et les aires périphériques montrent une population qui se déplace. La manière dont est structurée l'offre de soins et les comportements de la population des *Suds du Nord* laissent aussi apparaître des flux importants.

La population utilise fortement l'offre de soins des aires urbaines principales de ses arrondissements.

Il n'est pas étonnant que ce soit notamment dans ces aires que se concentrent les établissements de courts séjours² des arrondissements, appelés aussi établissements "Pivots" par rapport aux structures de soins plus importantes du nord des *Suds du Nord*. Quasiment la totalité de la population des arrondissements des *Suds du Nord* est au plus à 30 minutes de ces structures de soins de proximité.

Il est nécessaire de recourir à la *périphérie* pour satisfaire les besoins de la population.

À quelques exceptions près, les structures de soins des *Suds du Nord* ne peuvent potentiellement satisfaire les besoins de la population de ce territoire. La répartition de

+27, +28 et +22 % en dix ans pour une évolution moyenne nationale de 22 %). Ce mouvement est tel qu'en 1998, ce sont 36 % des places en établissements pour personnes âgées qui sont localisées pour l'espace à dominante rurale (les pôles ruraux n'en regroupant que 8 %). Les communes périurbaines participent également à la diffusion de l'activité d'accueil des personnes âgées." DREES, INSEE, septembre 1999.

² "On observe en effet une très forte concentration de lits de court séjour dans les pôles urbains (93 % des lits). Les pôles ruraux n'en regroupant quant à eux que moins de 4 %. La distance de l'équipement hospitalier le plus proche est d'environ 11 km en moyenne. Elle est de 9 km pour les communes périurbaines qui n'ont pas d'hôpital sur leur territoire, mais de 15 km environ dans l'espace rural isolé." DREES, INSEE, septembre 1999.

l'offre de soins impose à la population de se déplacer. Ce fait n'est pas surprenant si l'on constate d'une part une répartition relative entre la fréquence des pathologies, la lourdeur des cas et la répartition des expertises et des plateaux techniques spécifiques, et d'autre part que l'accès à ces soins spécifiques des populations est globalement équivalent quel que soit le territoire. Des questions apparaissent lorsque la population se déplace pour des soins qui pourraient, du point de vue technique et des compétences, être pris en charge dans la structure de proximité, ou si certains territoires n'ont pas un accès équivalent à ces structures de recours.

L'analyse de la "Couverture des soins" laisse apparaître une surproduction (sauf Maubeuge en chirurgie) dans les aires urbaines principales, sans subvenir aux besoins de la population totale de chaque arrondissement ; la couverture n'est alors possible qu'avec la périphérie proche et lilloise. Quelques exceptions subsistent : c'est le cas de l'offre de soins en obstétrique dans les arrondissements d'Arras et Cambrai, et de l'offre de soins en chirurgie dans l'arrondissement de Cambrai. Ce qui est surprenant par rapport au rôle des structures de soins de proximité, c'est que l'offre de soins d'Arras et Avesnes ne peut potentiellement satisfaire les besoins de soins dits "légers" de la population de ces deux arrondissements.

Si la périphérie proche est nécessaire, on constate alors que les zones rurales ont les mêmes accès que les aires urbaines au premier niveau de recours (périphérie proche), à l'exception de la dominante rurale d'Arras qui est sensiblement en retrait.

Si la périphérie lilloise paraît indispensable pour couvrir potentiellement les besoins de la population des *Suds du Nord*, on constate un effet tunnel (des territoires des *Suds du Nord* vers l'aire urbaine de Lille), particulièrement important et quasiment plus important pour les dominantes rurales. La dominante rurale d'Avesnes subit, quant à elle, l'isolement de son arrondissement qui a globalement un accès aux soins du nord des *Suds* inférieur à celui des deux autres arrondissements.

On constate également un effet tunnel encore plus important des petites aires urbaines qui court-circuitent les structures de proximité, pour recourir directement aux structures de la métropole lilloise (hormis l'aire urbaine de Fourmies qui reste isolée et qui est la petite aire urbaine ayant développé l'offre de soins la plus complète des *Suds du Nord* par rapport aux besoins de sa population).

Ainsi, quantitativement, les *Suds du Nord* ont besoin de l'offre de la périphérie proche et lilloise pour satisfaire leurs besoins de soins. À quelques exceptions près, les aires à dominante rurale ont un accès aux soins quasiment équivalent ou supérieur aux aires urbaines principales. Cependant l'on observe un recours plus important aux structures de l'aire urbaine de Lille qu'aux structures de soins de la périphérie proche (mis à part l'aire urbaine d'Arras).

Enfin, fait surprenant, l'on constate que ces effets tunnels vers l'aire urbaine de Lille sont composés d'environ 70 % de soins dits "légers". Ainsi, les populations des *Suds du Nord* se déplacent vers des structures de recours régionales par choix ou après avoir été adressées majoritairement pour des soins dits "légers" (donc *a priori* des soins qui pourraient être pris en charge soit dans le territoire des *Suds du Nord*, soit dans la périphérie proche). Ce dernier point questionne directement les transferts possibles d'activités des structures lilloises vers les structures de la périphérie et l'organisation de la gradation des soins entre ces territoires.

Plusieurs causes peuvent expliquer les mouvements vers l'aire urbaine de Lille : un choix de la population qui a moins confiance, ou qui trouve moins de spécialistes ou un plateau technique moins équipé dans ses structures de soins de proximité, une offre de soins de proximité limitée par les difficultés de démographie médicale, des circuits d'adressage de patients liés à des réseaux informels de praticiens, la présence d'une faculté de médecine qui déséquilibre la répartition des praticiens sur la région¹, l'absence ou les difficultés de collaboration entre des structures de proximité d'un même arrondissement et d'arrondissements différents.

La démographie médicale est à juste titre le souci majeur des informateurs-clés.

S'ils sont en nombre suffisant mais très mal répartis, ils sont généralistes. S'ils ne sont pas assez nombreux, ils sont spécialistes. Telle est la réalité des difficultés liées à la démographie médicale dans les *Suds du Nord*.

¹ "La présence de lieux de formation médicale joue un rôle fortement positif sur la densité médicale. Ce facteur est important dans toutes les régions. Les densités médicales sont toujours plus fortes dans les villes universitaires de chaque région." DREES, INSEE, mars 1999.

Dans les *Suds du Nord*, le nombre de médecins généralistes par habitant est sensiblement le même que dans la région Nord – Pas-de-Calais ; la différence avec la région réside dans une mauvaise répartition. Le principal phénomène observé est le taux nettement plus faible de médecins généralistes dans l'arrondissement d'Avesnes. Par ailleurs, on a constaté au travers des données du PMSI, un excès de consommation de soins de médecine dans l'aire urbaine de Maubeuge qui est le territoire urbain principal le plus déficitaire en médecins généralistes. Enfin, au travers de certains informateurs-clés, la disparition de filières de médecine générale dans les structures de soins, due à l'augmentation du nombre de spécialités, n'a pas fait disparaître le besoin de cette filière de prise en charge dans les établissements de soins. Ainsi, la faiblesse du nombre de médecins généralistes semble avoir créé, dans l'aire urbaine de Maubeuge, un déplacement du flux de patients de médecine vers les établissements de soins qui se questionnent sur la nécessité de créer ou non une filière de médecine générale.

La disparité est aussi observée entre les zones à dominante rurale et les aires urbaines d'Arras (où le taux de voitures par habitant est important).

Enfin, l'aire urbaine de Caudry est la plus faible en nombre de médecins généralistes par habitant. Ce constat prend toute sa dimension au regard des faibles indicateurs de santé et d'accès aux soins de ce territoire.

Le ressenti des informateurs-clés est confirmé par un nombre de médecins spécialistes plus faible dans les *Suds du Nord* que dans le reste de la région. Même avec un nombre faible de spécialistes, on constate une inégalité dans leur répartition : dans l'aire urbaine de Maubeuge, il y a deux fois moins de spécialistes en obstétrique et en psychiatrie que dans les deux autres arrondissements. Alors que Cambrai dispose du nombre de spécialistes le plus important par rapport à sa population, les petites aires urbaines d'Aulnoye-Aymeries et de Caudry n'en ont aucun.

L'arrondissement d'Arras apparaît comme le plus développé, le plus disparate et le plus fuyant.

Les indicateurs socio-économiques et médicaux de l'arrondissement d'Arras sont les plus élevés des *Suds du Nord* et parfois

de la région¹, mais ils sont plus disparates à l'intérieur de l'arrondissement² et l'accès aux soins est particulièrement faible pour la dominante rurale de Saint-Pol-sur-Ternoise. On retrouve aussi un profil classique de la zone rurale avec une population de personnes âgées plus importante.

L'une des particularités de cet arrondissement est l'importance du taux de fuite pour les recours aux soins, avec paradoxalement une attraction importante des structures de soins de l'aire urbaine d'Arras.

La population d'Arras a un comportement indépendant par rapport à l'offre de soins : elle utilise l'environnement concurrentiel quelle que soit la spécialité. Elle semble boudier les structures de l'aire urbaine principale ou les méconnaître, par opposition à la population de Douai-Lens qui semble les apprécier. L'offre semble décalée par rapport à sa population qui présente le recours aux soins le plus faible des *Suds du Nord*. Ce comportement se retrouve dans l'arrondissement car l'aire principale semble également court-circuitée par les autres zones. D'un point de vue culturel, cette population se déplace dans l'arrondissement et à l'extérieur sans barrière particulière.

La population semble vouloir consommer plus de soins qu'il n'en est produit localement en médecine et en chirurgie. En obstétrique, la population sous-consomme par rapport aux soins produits (faible taux de natalité). Il paraît clair que l'offre de soins de ce territoire doit compter avec celle du Bassin minier en termes de choix concurrentiels et de complémentarité, car la population de ces territoires dicte ses choix.

Il est à noter que certains informateurs-clés ont effectivement souligné le manque de liens entre l'aire urbaine d'Arras et sa périphérie, et notamment la nécessité d'améliorer la prise en charge en cancérologie ; en revanche, la rupture culturelle entre Arras et le Bassin minier (qui limiterait les échanges) a été contredite par les flux importants entre ces territoires.

¹ Taux de chômage de l'arrondissement d'Arras : 13,1 %. Taux de chômage de la région Nord – Pas-de-Calais : 17,7 %. Solde migratoire positif, mortalité faible, niveau d'études important.

² Dans l'aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise, les Indices Comparatifs de Mortalité par cirrhose alcoolique, par cardiopathie ischémique pour les hommes, les Indices Comparatifs de Mortalité par tumeur du sein et par suicide pour les femmes. Dans la dominante rurale, les ICM par suicide pour les hommes et les femmes.

L'arrondissement de Cambrai présente l'offre la plus équilibrée mais un état de santé parfois lourd.

Les indicateurs socio-économiques et médicaux sont les plus faibles des *Suds du Nord*, à l'exception de l'aire urbaine de Cambrai. Cela concerne quasiment l'ensemble des indicateurs pour l'aire urbaine de Caudry et la dominante rurale (le chômage, le nombre de sans-diplôme, les allocataires en situation économique difficile, l'équipement en voitures, la mortalité, avec une forte natalité pour Caudry et un suivi gynécologique peu satisfaisant).

La population surconsomme et l'offre surproduit en chirurgie principalement et dans une moindre mesure en médecine, comportement fort de la population qui se retrouve dans son utilisation des structures externes aux *Suds du Nord*. En obstétrique, la population sous-consomme et l'offre s'est adaptée à cette demande faible (manque de recours aux soins). La population a aussi le taux de consommation de soins "lourds" le plus important des *Suds du Nord*.

La population de Cambrai semble avoir, à première vue, un comportement influencé par une lourdeur de l'état de santé, même si l'offre en chirurgie est l'un des points forts de cet arrondissement¹ (la population utilise beaucoup plus qu'ailleurs dans les *Suds du Nord* ce type de soins même à l'extérieur de l'arrondissement). Cette consommation élevée de soins de chirurgie peut aussi être influencée par un phénomène "d'aspiration" de l'offre de chirurgie, où les structures de soins auraient un turn-over important, des durées d'hospitalisation très courtes ; ce qui aurait aussi pour conséquence d'augmenter les risques lors de la prise en charge des patients. Ce point laisse aussi en suspens la question du lien entre la fréquence des séjours de chirurgie et la fréquence des séjours dits "lourds" (qui nécessiterait une étude à part entière).

Ainsi, l'offre semble malgré tout être la plus en phase avec les besoins de sa population, notamment en ayant développé la prise en charge ambulatoire. Cependant, l'état de santé reste peu satisfaisant. Il est difficile de supposer un non-recours aux soins sauf pour Caudry et la dominante rurale, où la population consomme moins que dans les autres zones de cet arrondissement. Ainsi, la population recourt tardivement aux soins ou pas du

¹ Le recrutement en chirurgie des structures de soins de l'aire urbaine de Cambrai est le plus étendu des *Suds du Nord*, avec une attraction forte des patients de Valenciennes en nombre et en pourcentage.

tout ; ce qui aggrave considérablement la lourdeur des pathologies.

L'offre de soins apparaît pourtant la plus équilibrée des *Suds du Nord*, et ce malgré une forte disparité pour les médecins généralistes et une absence de spécialistes dans l'aire urbaine de Caudry qui souffre d'une sédentarité importante ("*Pas de mobilité ou mobilité nulle.*" Caudry Le Cateau).

Les informateurs-clés ont effectivement insisté sur l'aspect "rural de la population et dur face à la maladie" avec l'identification d'un certain "mal-être". Sans soutenir le cliché du caractère rural associé à un comportement de non-recours aux soins, les indicateurs laissent supposer qu'une sous-population au sein de cet arrondissement recourrait tardivement voire pas du tout aux soins, c'est aussi ce que semblent remarquer certains informateurs-clés : "*Une frange de la population du Catésis est "out". Le canton de Le Cateau possède un des taux de RMistes les plus élevés, et les indices de mortalité par cancer sont très élevés*".

On constate également que, dans l'arrondissement de Cambrai, l'offre de soins ne constitue qu'une partie des éléments qui permettent à une population d'améliorer son état de santé, alors qu'elle y concentre le plus de moyens².

L'arrondissement d'Avesnes se caractérise par la jeunesse de sa population, son isolement et une offre de soins parfois déséquilibrée.

L'arrondissement d'Avesnes comme le décrivent les informateurs-clés semble être le plus en difficulté. Il présente cependant des contrastes surprenants. Il cumule les records de chômage, de faible niveau d'études, de taux d'activité et de nombre de voitures par habitant. Néanmoins, c'est la population la plus jeune et celle où l'on naît le plus dans les *Suds du Nord*, surtout à Maubeuge et à Fourmies. Le départ de la population est plus important dans les aires urbaines que dans la zone à dominante rurale et dans les communes multipolarisées, c'est la même chose pour

² "L'on observe que le système de soins (des États-Unis) englutit à lui seul 90 % des dépenses de santé, alors que les dépenses consacrées aux habitudes de vie et à l'environnement ne représentent respectivement que 1,5 et 1,6 %. Ces données sont de nature à nous faire réfléchir sur le rendement marginal des investissements dans le domaine de la santé." Raynault Pinault, Carol Daveluy. La planification en santé, concepts, méthode et stratégie. Québec : Éditions Nouvelles, 1995 ; 480 p.

la répartition du niveau d'études. Et même si les indicateurs de mortalité sont plus élevés, la zone à dominante rurale est la mieux équipée en voitures, elle semble plus mobile que la population urbaine. Ainsi semble se produire progressivement une inversion où, d'une certaine manière, la campagne se développe mieux que la ville. On s'éloigne des éléments classiques du rural ; ce qui constitue une réelle originalité pour cet arrondissement.

Les informateurs-clés insistent, comme à Cambrai, sur l'aspect "rural de la population et un comportement aussi dur face à la maladie en considérant "la zone sinistrée" au vu des indicateurs de chômage et d'alcoologie avec une jeunesse touchée par les problèmes de santé" et "une population qui vieillit", même si ce dernier point est contredit par les indicateurs socio-économiques.

Du point de vue du comportement de recours aux soins, il existe des pics de consommation de soins de médecine (avec un maximum dans l'aire urbaine de Maubeuge), sans pour autant satisfaire localement l'offre ; ceci constitue aussi un phénomène unique dans les *Suds du Nord*, à l'exception de l'aire urbaine d'Aulnoye-Aymeries¹. Ceci s'explique partiellement par un report sur les structures de soins des flux de médecine de ville, car le taux de médecins généralistes et de spécialistes est particulièrement faible. Cette faiblesse du taux de médecins de ville pourrait avoir deux conséquences : la première est ce report sur l'hôpital, et ainsi l'augmentation du flux des urgences et une possibilité d'hospitalisations abusives, la seconde serait une faiblesse de la prévention et du suivi des patients, notamment des personnes âgées. Ce manque de relais dans la prise en charge peut aussi laisser supposer un retard dans le recours aux soins et ainsi une aggravation de la lourdeur des pathologies. Enfin, ce pic de consommation de soins de médecine peut également être le fait d'une défaillance de la filière de courts et de longs séjours, ou bien des liens entre les moyens et courts séjours qui fonctionnent mal, d'autant que certains informateurs-clés ont mentionné le manque de ce type de prise en charge au niveau de l'aire urbaine de Maubeuge.

Le raisonnement est différent pour la chirurgie et l'obstétrique, où l'on ne constate pas le même niveau de recours aux soins, et où l'hypothèse d'un non-recours semble plus probable.

Effectivement, en obstétrique, tous les indicateurs sont faibles : une surconsommation avec une limitation de l'offre de soins due au faible nombre de spécialistes, un nombre de lits particulièrement bas, un taux de natalité élevé, des systèmes de consultation avancée qui, selon les informateurs-clés, ont du mal à fonctionner, la recherche de recours à des soins à l'extérieur de l'arrondissement. On constate la même chose pour les séjours plus lourds. Pour la chirurgie, la consommation est faible, comme pour la production de soins. L'offre semble ne pas pouvoir répondre dans ce domaine. Par ailleurs, c'est auprès d'informateurs-clés que l'on renforce la réalité de ce faible recours aux soins : "*pour les prothèses de hanches, la consommation est de 30 % inférieure*".

Enfin, les fuites et l'attraction les plus faibles des *Suds du Nord* confèrent un isolement à cette population.

Ainsi, la population d'Avesnes souffre d'un isolement et d'une mauvaise image d'elle-même, c'est le constat des informateurs-clés qui, par ailleurs, témoignent d'un attachement à ce territoire. L'inadéquation de l'offre est la plus importante des *Suds du Nord*, avec des faiblesses en obstétrique et en chirurgie. Les compétences médicales et les lits semblent manquer, au point de déséquilibrer l'offre de soins de médecine. Si le report de la prise en charge de ville se fait sur l'hôpital, on peut supposer un retard dans le recours aux soins ainsi qu'un non-recours aux soins, et donc une aggravation de l'état de santé. On a l'impression que l'offre s'impose à la population, en obstétrique et en chirurgie. Ce n'est pas le cas de Fourmies qui, souvent pris en exemple, répond à un territoire spécifique et couvre les besoins de sa population.

¹ L'aire urbaine d'Aulnoye-Aymeries présente un recours aux soins particulièrement faible, soit un taux important de non-recours aux soins par rapport aux autres zones de l'arrondissement d'Avesnes, alors que l'aire urbaine de Maubeuge est à proximité. Ceci alors que certains informateurs-clés signalent que certains "*médecins libéraux en ont marre, ils s'en vont, par exemple à Aulnoye-Aymeries, un cabinet de cinq généralistes est maintenant passé à deux : ils font 80 à 100 actes par jour*".

Territoire et population

Des territoires de contacts

L'espace couvert par le périmètre de l'étude ne correspond pas à un ensemble *a priori* connu, structuré par une forte agglomération urbaine, aligné au long d'un espace naturel bien définissable, ou encore réputé pour correspondre à une province ou un pays dont la dénomination renverrait à une histoire commune plus ou moins éloignée.

Pourtant, les *Suds du Nord* ont un facteur commun dont les manifestations et l'impact sur la vie quotidienne des personnes qui y résident, sont loin d'être négligeables. Il s'agit, de prime abord, de leur situation dans une zone de contacts entre de vastes et solides ensembles géographiques :

- le bassin versant de la Seine et celui de l'Escaut ;
- deux entités géographiques très étendues : le Littoral à l'ouest et la Belgique à l'est ;
- deux régions : le Nord – Pas-de-Calais et la Picardie ;
- l'espace du "plein" des fortes densités de population et du tissu urbain complexe du Bassin houiller au nord, et celui du "vide" couvert par la grande culture des plateaux méridionaux ;
- l'univers de l'urbain et le domaine des campagnes.

À petite échelle, les *Suds du Nord* se placent à la charnière entre deux vastes entités naturelles de dimension européenne, se mesurant en centaines de kilomètres¹. Elles coïncident presque parfaitement non seulement avec des espaces à risques naturels inégaux, mais aussi avec des aires culturelles très spécifiques, à la rencontre de l'*Europe du Nord-Ouest* (qui court au-delà de l'Allemagne) et de l'*Europe latine*.

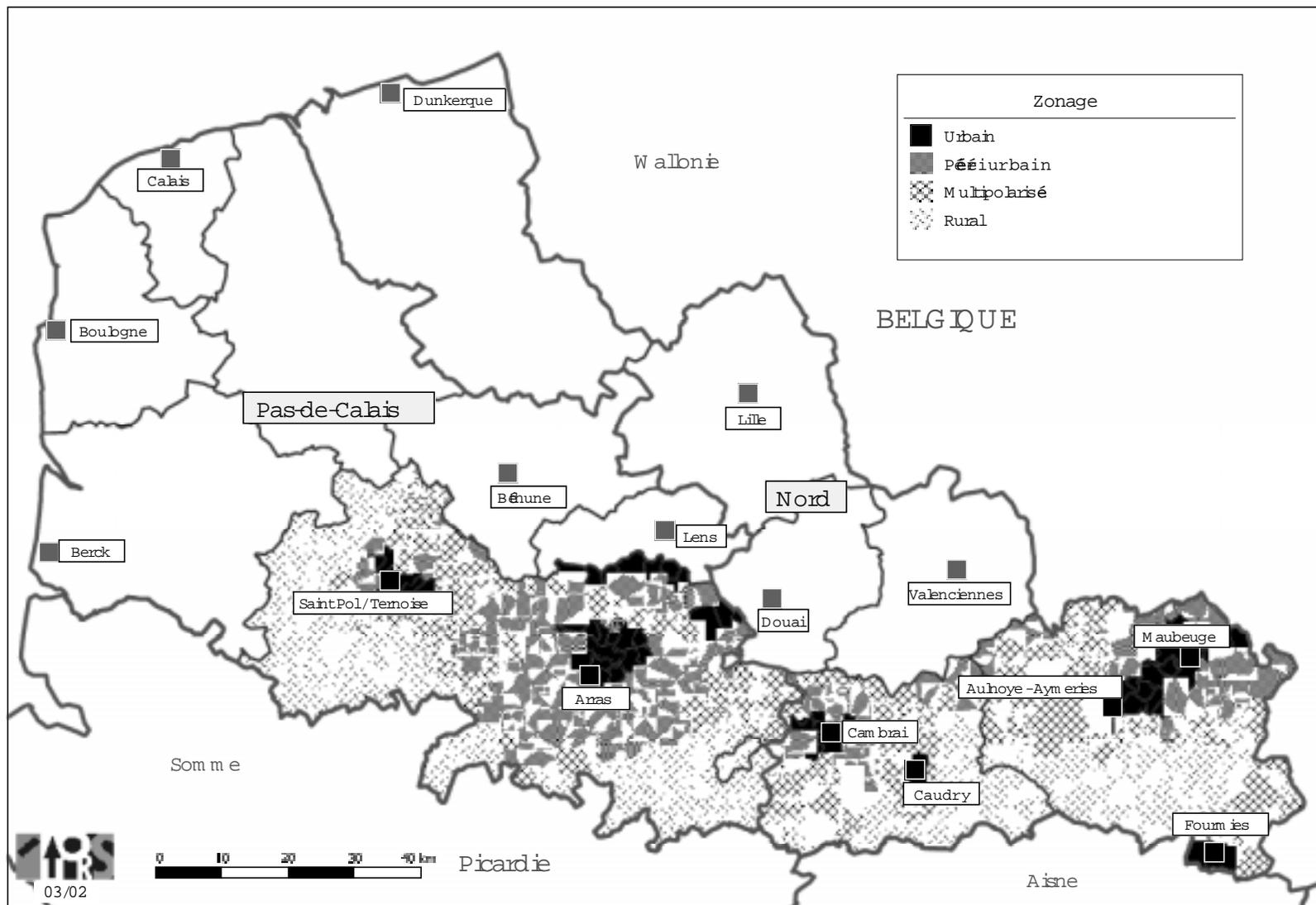
Les *Suds du Nord* sont par ailleurs bornés par deux frontières : l'une marquée par la Manche et l'autre par la discontinuité des états. Si l'ouverture vers l'ouest est minime (faute de port maritime important), le *hiatus* franco-belge n'est pas un obstacle absolu. Si aujourd'hui les échanges avec la Wallonie sont minimes, leur potentiel de développement n'en demeure pas moins certain et dépend, dans une large mesure, des récentes et futures initiatives qui seront prises dans le cadre de l'*Union européenne*.

À plus grande échelle, c'est bien sûr la juxtaposition de deux grands ensembles géographiques qui domine l'organisation de l'espace, qui situe l'essentiel du contexte spatial des *Suds du Nord*. À un certain degré de généralisation, c'est-à-dire si l'on considère les grands traits et les indicateurs moyens de chaque région, l'opposition Nord – Pas-de-Calais et Picardie se matérialise par le contraste de l'occupation humaine, entre le monde des villes et celui de la campagne, entre les espaces à fortes densités de population et ceux aux dépressions démographiques dont la discontinuité se remarquerait, par exemple, sur une carte des effectifs de population dressée pour l'ensemble de la France.

À plus grande échelle encore, les *Suds du Nord* apparaissent comme un ou des espace(s) intermédiaire(s) où l'ampleur des implantations humaines et des masses de population se dégrade peu à peu depuis le Bassin minier au nord, jusqu'aux campagnes picardes où l'on ne dénombre plus que quelques dizaines d'habitants par kilomètre carré. Ce n'est que bien plus au sud, à la périphérie de l'agglomération parisienne, que l'organisation de l'espace humain retrouve intensité et vitalité.

¹ Dekneudt J, Van Ghevelwe JL. *Une vision inédite du peuplement régional*. Lille : INSEE, Profils n°3, février 2000 ; 4 p.

Carte 1 : Les Suds du Nord dans le Nord – Pas-de-Calais



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

La ville organise et occupe pourtant l'essentiel du territoire

Les trois arrondissements couvrent 4 568 km², soit 36 % du territoire du Nord – Pas-de-Calais.

L'ARRONDISSEMENT D'ARRAS

Arras occupe à lui seul 51 % du territoire étudié. Il est vrai qu'il s'agit du plus vaste arrondissement français ; 148 communes rurales en couvrent 40 %. L'arrondissement englobe deux aires urbaines de taille inégale.

L'aire urbaine d'Arras, qui se place au huitième rang des aires régionales et à la 59^{ème} place française (en fonction de la population résidente), est très étendue. Elle se compose de 112 communes essentiellement périurbaines dans près de neuf cas sur dix. *A priori* la polarisation sur le *centre urbain* y est donc élevée.

En plus de celle-ci, s'est constituée, entre 1995 et 1999, la petite aire de Saint-Pol-sur-Ternoise, dernière des aires régionales par son nombre d'habitants. Elle ne couvre que 98,5 km², et est formée à part égale de communes urbaines et de communes périurbaines.

Outre l'espace rural qui s'étend en écharpe depuis l'ouest de l'aire de Saint-Pol-sur-Ternoise jusqu'aux confins du Cambrésis au sud-est, l'arrondissement d'Arras comprend tout au long de sa limite septentrionale, un alignement de 88 communes multipolarisées dont la présence résulte des influences croisées non seulement des deux aires internes à l'arrondissement, mais aussi et surtout de l'attraction des pôles urbains extérieurs de Béthune et Douai-Lens.

Enfin, la bordure nord de l'arrondissement est composée de communes relevant non pas d'Arras mais de l'aire urbaine de Douai-Lens. Ici donc, le territoire administratif ne se superpose pas à l'organisation spontanée de l'espace et aux comportements de la population.

L'ARRONDISSEMENT DE CAMBRAI

Tout en étant le moins vaste (861 km² et 106 communes), l'arrondissement de Cambrai se place dans une situation intermédiaire par rapport à ses deux homologues.

L'espace rural y est proportionnellement bien moins développé : moins de 350 km² et 36 communes. En revanche, la multipolarisation y est très marquée. Les densités de popula-

tion y sont en moyenne plus fortes, particulièrement dans les deux aires urbaines.

L'aire de Cambrai est bien constituée autour de 7 communes étendant leur attraction sur plus de 20 communes périurbaines. Elle ne se situe qu'à la 11^{ème} place des aires urbaines du Nord – Pas-de-Calais et au 123^{ème} rang français.

L'aire de Caudry, quant à elle, ne se compose que de deux communes urbaines, dépourvues de couronne périurbaine. Son attraction ne parvient donc pas à dépasser celles de Cambrai, Douai-Lens, Valenciennes, ou encore Aulnoye-Aymeries, pourtant souvent très éloignées.

Quelques communes situées au nord dépendent de l'aire urbaine de Valenciennes.

L'ARRONDISSEMENT D'AVESNES-SUR-HELPE

Avesnes-sur-Helpe, bien que second par sa superficie, est plus fortement urbain. L'espace rural ne recouvre que 410 km², soit 30 % de l'arrondissement. Les communes ayant le statut de *pôles urbains* y atteignent 16 % du total. Les 35 communes rurales représentent une part relative inférieure au quart du total de l'arrondissement.

L'arrondissement comprend cette fois, trois aires urbaines :

- La première est celle de Maubeuge qui se place au 9^{ème} rang des aires régionales et au 65^{ème} rang français. La polarisation y est bien constituée puisque 17 communes composent le pôle urbain attractif sur 26 communes périurbaines. Toutefois, l'aire s'étend vers le nord et le sud, moins vers l'ouest, c'est-à-dire vers l'amont de la Sambre.
- L'aire d'Aulnoye-Aymeries marque la limite de l'aire de Maubeuge. Elle ne se compose que de 6 communes dont une seule est périurbaine. Bien que pourvue de fortes densités de population (375 hbt/km², en raison de sa petite surface surtout), elle ne se place qu'au 17^{ème} rang régional et au 255^{ème} rang français. Vers le sud, son extension est fortement limitée par les effets du réseau routier qui draine la population vers sa grande voisine, Maubeuge.

Là se situe la commune d'Avesnes-sur-Helpe dont l'influence et la capacité d'attraction sont insignifiantes sur son environnement. Bien qu'étant un pôle administratif local –la *ville* est une sous-préfecture– elle n'est pas classée par l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études

Économiques) parmi les pôles ni même parmi les communes urbaines.

- Cette situation n'est pas le fait de Fourmies qui, certes, parvient avec deux communes seulement à constituer une aire urbaine. Celle-ci ne parvient pas à franchir la limite départementale et régionale vers Hirson au sud, mais parvient à faire jeu égal avec l'attraction de Maubeuge et Aulnoye-Aymeries.

Enfin, le quart nord-ouest de l'arrondissement est très exposé à l'influence de l'aire urbaine de Valenciennes (3^{ème} de la région). Il s'y développe une vaste nappe d'une cinquantaine de communes multipolarisées, tandis que quelques communes font partie, aux confins extrêmes, de l'aire urbaine de Valenciennes.

Moins ruraux qu'il n'y paraît

Bien que marqués par un fort développement de l'espace rural (35 % des communes sont rurales contre 22,5% en moyenne dans le Nord - Pas-de-Calais), les trois arrondissements d'Arras, Cambrai et Avesnes-sur-Helpe sont majoritairement constitués d'espaces urbains. Si la ruralité y est plus présente, plus perçue qu'ailleurs¹ dans le reste du Nord - Pas-de-Calais, elle n'en reste pas moins secondaire.

Certes, les *Suds du Nord* sont couverts, pour 38 % de leur superficie, de communes rurales (pour reprendre la terminologie de l'INSEE), tandis qu'elles ne recouvrent que 22,5 % du territoire régional. En ce sens, les *Suds du Nord* sont-ils plus ruraux que le Nord - Pas-de-Calais ? Ils demeurent cependant bien plus marqués par la ville que la moyenne nationale

(60,5 % du territoire national), et *a fortiori* que bien d'autres régions françaises telles que le Limousin, le Centre, l'Aquitaine ou la Picardie limitrophe. En cela, les *Suds du Nord* présentent des caractéristiques similaires à celles qui ont pu être identifiées pour le Littoral².

Les villes ne peuvent plus être considérées comme des espaces clos, ni être statistiquement définies en fonction de la population résidant dans la commune³, ou comme n'ayant aucune relation explicite avec leur environnement. Désormais, il serait patent que les villes soient des agents de polarisation, qu'elles structurent le territoire, ne serait-ce qu'au travers des très forts mouvements de périurbanisation qu'elles ont engendrés depuis les années 1960⁴.

Ainsi utilise-t-on la notion d'aire urbaine depuis 1997. Les aires urbaines sont composées des pôles urbains centraux et de leurs couronnes périurbaines. Au recensement de 1999, 77 % de la population française résidait dans l'une des 354 aires urbaines qui ne se composaient que de 38 % de l'ensemble des 36 565 communes de France.

Les *Suds du Nord* sont pourvus d'une structuration spatiale reposant sur sept aires urbaines de dimension et de poids démographique très variables :

- Arras (arrondissement d'Arras) ;
- Saint-Pol-sur-Ternoise (arrondissement d'Arras) ;
- Cambrai (arrondissement de Cambrai) ;
- Caudry (arrondissement de Cambrai) ;
- Maubeuge (arrondissement d'Avesnes) ;
- Aulnoye-Aymeries (arrondissement d'Avesnes) ;
- Fourmies (arrondissement d'Avesnes).

¹ Avesnes-sur-Helpe abrite la sous-préfecture, un tribunal de grande instance, une trésorerie, un établissement hospitalier, bon nombre de services sociaux (de la CAF ou du Conseil général). Lors de nos entretiens, les informateurs-clés que nous avons rencontrés ont tous, ou presque, décrit des phénomènes liés à la "ruralité" de ces territoires.

² Lacoste O, Spinosi L, Le Niniven S, Poirier G, Jeantet M. *Le Littoral Nord - Pas-de-Calais : milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives*. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2000 ; 221 p.

³ L'INSEE définissait, jusqu'en 1997, la ville comme étant : *une commune dont la population agglomérée dépassait 200 habitants*.

⁴ Sampil M, Lacoste O, Declercq C. *Territoires urbains et santé*. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 1998 ; 62 p. + annexes.

Les aires urbaines du Nord – Pas-de-Calais et leur zonage

Dès les années 1960, l'INSEE a mis au point un découpage plus complexe ; les *Zones de Peuplement Industriel et Urbain*¹ -ZPIU-, qui était susceptible de rendre compte de la périurbanisation particulièrement visible, à l'époque, au travers de la croissance des banlieues. Les pôles urbains alors constitués de la ville-centre et de sa banlieue connaissaient une très forte progression de leur population. En France, cet accroissement était lui-même induit principalement par le *baby-boom*, l'arrivée de population immigrée et des rapatriés d'Algérie, et aussi des ruraux venant rechercher des emplois en ville. Les échanges ont surtout lieu entre le centre-ville et sa banlieue.

Mais dès les années 1970, ce sont surtout les communes périurbaines, plus éloignées des centres-villes, qui connaissent les plus notables progressions de population. La croissance démographique gagne les périphéries, quitte les centres et les banlieues.

L'espace rural perd alors beaucoup de ses emplois. Dans les années 1980, la population active est concentrée dans les ensembles constitués des centres-villes, des banlieues et de la zone périurbaine. De ce fait, les échanges induits par la ville s'accroissent encore, les déplacements domicile-travail quotidiens augmentent dans leur fréquence et dans leur distance moyennes. Ce processus aboutit lors du recensement de 1990 à un constat étonnant : chaque jour, 4,5 millions de personnes se rendent dans la ville-centre pour y travailler, et 4,5 millions se déplacent vers un autre secteur de l'aire urbaine (périphérie ou banlieue).

Ces évolutions, résultant de processus longs et courts, ont façonné une redistribution de la population dont il convient de tenir compte. Les communes périurbaines, par exemple, sont habitées, plus que les autres, par un grand nombre de jeunes ménages actifs ayant eux-mêmes un plus grand nombre d'enfants. Toutefois, la natalité y est plus faible car l'installation des jeunes couples a lieu alors que les premiers enfants sont déjà nés. Les jeunes ménages résident, comme les étudiants, en centre-ville, c'est pourquoi les taux de natalité y sont plus élevés. Arrivées en zone périurbaine, les jeunes familles transforment des résidences secondaires en résidences principales, ou plus souvent acquièrent une maison individuelle dans des lotissements nouvellement construits. Tout ceci s'accompagne d'effets induits lourds : dans l'ensemble de l'espace urbain, les temps de transports s'allongent, le nombre de véhicules individuels s'accroît, l'espace rural se rétrécit.

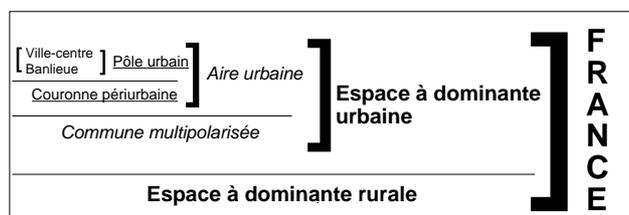
Ces phénomènes, majeurs dans la population française, ont rendu caduque l'utilisation des ZPIU. En effet, les ZPIU sont victimes aujourd'hui de leur gigantisme. S'il existait 9 000 ZPIU en 1962, on en dénombrait 29 000 en 1990. À cette date, 25 % du territoire et 4 % de la population se trouvaient hors ZPIU. Ce zonage a par conséquent perdu de son utilité puisqu'il n'est plus un critère discriminant. Trente ans après son élaboration, il convient de ne plus recourir à cet outil.

La nomenclature ZAU

Fort de ce constat et de l'impossibilité de modifier les contours des ZPIU après le recensement de 1990, dans le cadre du débat sur l'aménagement du territoire, l'INSEE a mis sur pied en 1996 une nouvelle nomenclature tenant compte de ces évolutions. Elle permet de les faire apparaître encore plus manifestement avec les résultats du recensement de 1999.

Cette nomenclature présente, entre autres, la particularité d'intégrer explicitement l'influence exercée par les villes sur leur environnement. Il s'agit du *Zonage en Aires Urbaines -ZAU*².

Les agrégations territoriales de la nomenclature ZAU de l'INSEE



C'est cette nouvelle nomenclature qui a été utilisée dans cette étude. Elle a indiscutablement la potentialité de devenir un cadre de référence non seulement commun mais aussi adapté, et à l'analyse des faits statiques, et aux évolutions territoriales dans l'ensemble de l'espace français, depuis l'échelle com-

¹ Les ZPIU sont définies à l'issue de chaque recensement par l'INSEE. Elles sont composées d'Unités urbaines (voir plus haut), de communes industrielles et de communes dortoirs.

² Cette révision avait été précédée de la refonte de la nomenclature par *Catégories socio-professionnelles* transformées en *Professions et catégories socio-professionnelles* par l'INSEE lors du recensement de 1982.

munale jusqu'à l'échelle nationale. En cela, elle semble plus adaptée et pourvue d'un potentiel nettement supérieur à celui des cadres régionaux et départementaux conventionnels lorsqu'il s'agit de produire des indicateurs statistiques se rapportant soit à un état de santé, soit à ses déterminants.

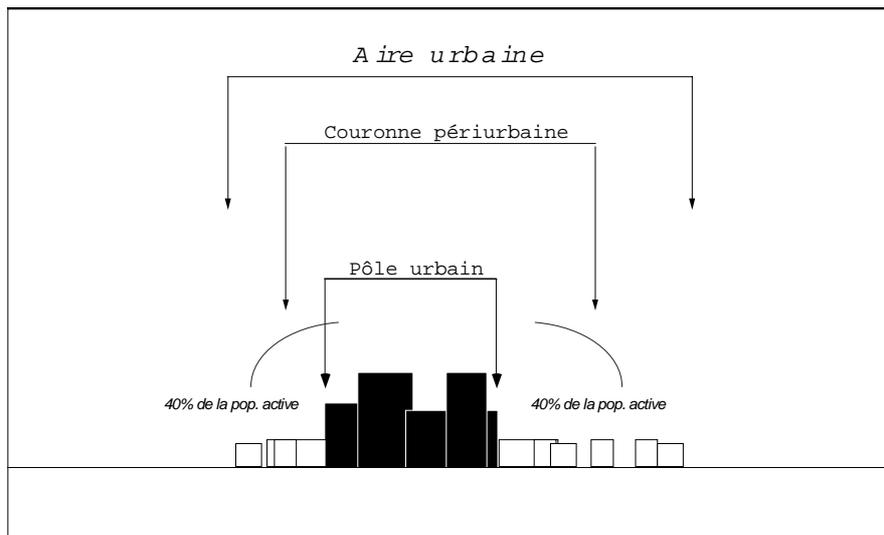
Une structure de "poupée russe"

La nomenclature ZAU se présente comme un emboîtement d'espaces. En cela, elle ressemble à la structuration des poupées russes dont l'une contient les suivantes.

Elle se fonde tout d'abord sur l'individualisation de *pôles urbains* constitués eux-mêmes de ville-centre et de banlieue. Ils doivent comporter au moins 5 000 emplois.

On dénombre aujourd'hui en France, et selon l'INSEE, 354 pôles urbains¹, regroupant 3 100 communes et 9,3 millions d'habitants.

La constitution des aires urbaines selon l'INSEE



Autour de ce noyau de pôles urbains, l'INSEE individualise des *couronnes périurbaines*. Celles-ci envoient plus de 40 % de leur population active travailler vers le pôle urbain dont elles dépendent. L'addition des pôles urbains et des couronnes périurbaines constitue un deuxième ensemble appelé *aire urbaine*. Il existe par conséquent en France, 354 aires urbaines formées de 354 pôles urbains et de leurs 354 couronnes périurbaines².

Mais là ne s'arrête pas l'emboîtement. À ces aires urbaines, l'INSEE a adjoint à leur périphérie des *communes multipolarisées* qui se placent entre les aires urbaines. Elles adressent plus de 40 % de leur population active vers au moins deux aires urbaines. Se trouvant en position intercalaire, il ne peut donc en exister 354. La conjonction des aires urbaines et des communes multipolarisées constitue cette fois, toujours selon l'INSEE, la totalité de l'espace touché par l'urbanisation. C'est pourquoi cet ensemble est nommé *espace à dominante urbaine*. Il englobe l'ensemble des systèmes urbains français avec de larges écarts de taille et de population locale ou régionale.

Enfin, le reste du territoire français non inclus dans l'espace à dominante urbaine est dénommé *espace à dominante rurale*. Le Nord - Pas-de-Calais est la région française la moins rurale juste derrière l'Île-de-France.

LES SYSTÈMES TERRITORIAUX URBAINS DU NORD – PAS-DE-CALAIS

Le deuxième espace français à dominante urbaine

L'espace à dominante urbaine du Nord - Pas-de-Calais est le deuxième de France. Il s'agit donc, à bien des égards, d'une colossale conurbation plus similaire à celles que l'on trouve au Benelux ou en Allemagne qu'ailleurs en France ; elle s'étend d'ailleurs bien au-delà de la frontière, vers la Belgique.

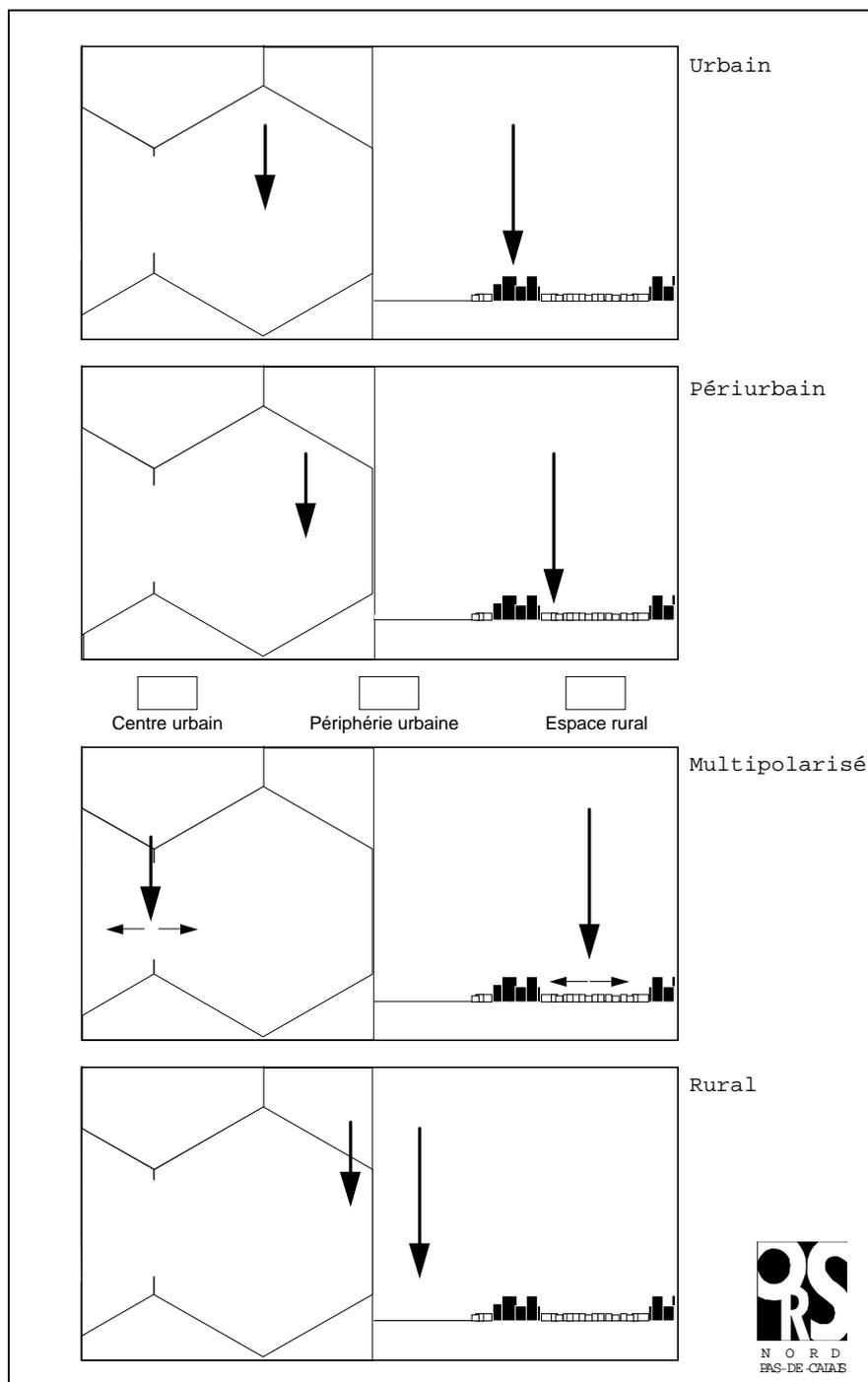
L'espace à dominante urbaine recouvre les deux-tiers du territoire Nord - Pas-de-Calais et est habité par 94,9 % de la population. Il englobe 21 aires urbaines où habite 88,3 % de la population régionale, soit plus que la moyenne française.

¹ Bessy-Pietry P, Sicamois Y. *Le Zonage en aires urbaines en 1999. 4 millions d'habitants en plus dans les aires urbaines*. Paris : INSEE, INSEE- Première, avril 2001, n°765 ; 4 p.

² Ils étaient 361 en 1996.

Territoire et population

Entre 1996 et 1999, les aires urbaines de Douai et Lens d'une part, Valenciennes et Saint-Amand-les-Eaux d'autre part, ont fusionné du fait de l'extension des espaces urbains. En revanche, l'aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise est apparue puisque le seuil de 5 000 emplois venait d'y être atteint.



Les grands pôles urbains régionaux connaissent une nette extension de leur aire d'influence, laquelle est dynamisée par l'accélération de la mobilité des actifs (ils sont 68,5 % à changer de commune pour aller travailler, contre 63,8 % en 1990).

De ce fait, les couronnes périurbaines se sont elles aussi étendues aux dépens des espaces ruraux (175 communes ont changé de statut), ceci est particulièrement vrai pour Lille, Valenciennes et Arras.

Les Suds du Nord

Nord Pas de Calais	Population en 1999		Communes	
	Nombre	%	Nombre	%
Pôle urbain	3050735	76,3%	372	31,2%
Couronne périurbaine	479852	12,0%	483	22,2%
Commune multipolarisée	265202	6,6%	344	22,5%
Espace à dominante rurale	200799	5,0%	348	100,0%
Ensemble	3996588	100,0%	1547	0,0%

ORS Nord - Pas-de-Calais

Source : Recensement INSEE 99

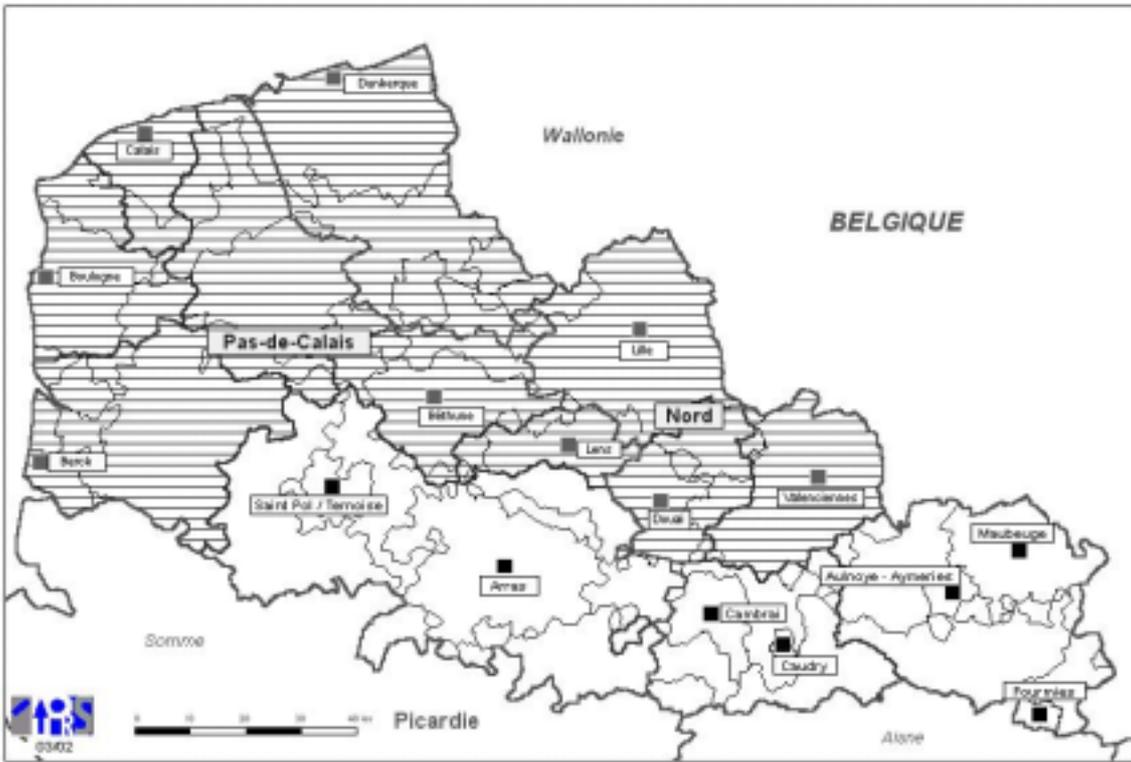
	Population en 1999	Nombre de communes	Rang régional	Rang national
Lille	1143125	131	1	4
Douai-Lens*	552682	105	2	11
Valenciennes*	399677	102	3	19
Béthune*	268439	73	4	33
Dunkerque	265974	56	5	34
Boulogne-sur-Mer	135116	45	6	52
Calais	125584	30	7	57
Arras	124206	112	8	59
Maubeuge	117470	43	9	65
Saint-Omer	93516	63	10	83
Cambrai	58828	28	11	123
Armentières	58706	7	12	124
Merville	31514	7	13	194
Etaples	26686	11	14	213
Hazebrouck	26217	4	15	219
Berck	23196	9	16	235
Aulnoye-Aymeries	20047	6	17	255
Bailleul	17732	3	18	279
Fourmies	17151	2	19	287
Caudry	14146	2	20	317
Saint-Pol-sur-Ternoise	10575	16	21	345

ORS Nord - Pas-de-Calais

Source : Recensement INSEE 99

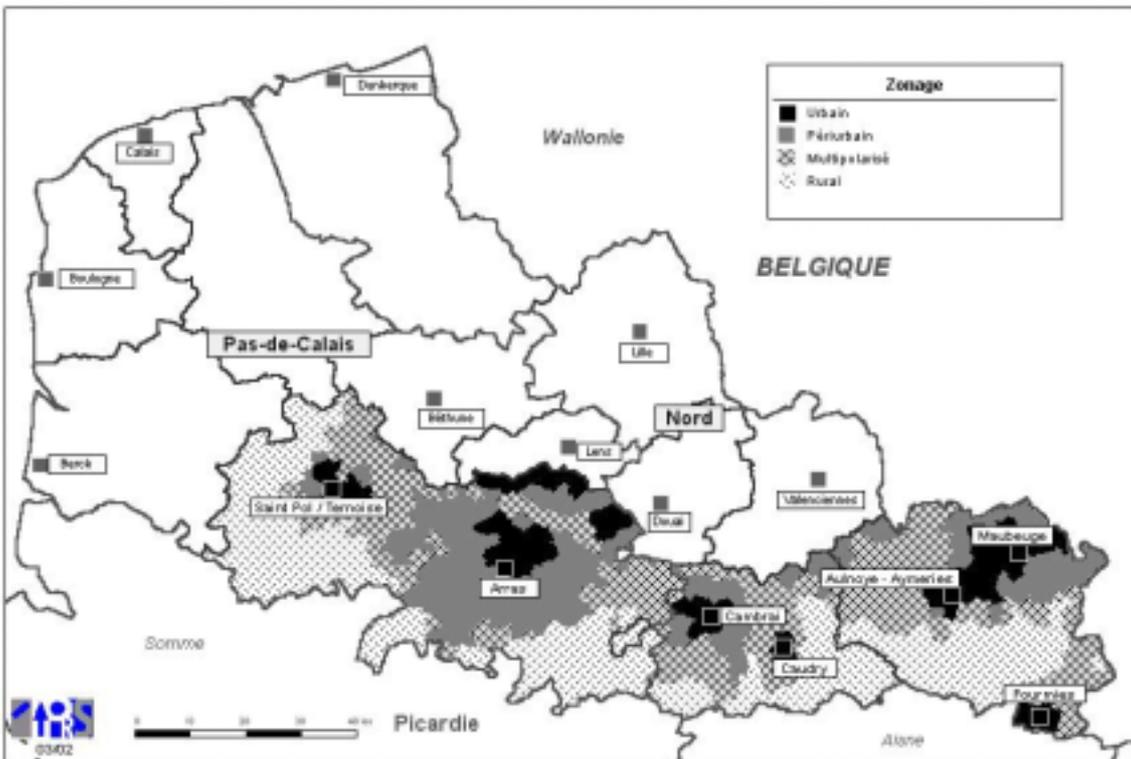
En gras : aires urbaines des Suds du Nord
Avec * : aires urbaines limitrophes des Suds du Nord

Carte 2 : Les trois arrondissements et leurs aires urbaines



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais.

Carte 3 : Les types d'espaces



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais.

Tableau 1 : Les zones d'étude : la structuration communale

Zone	Surface (en km ²)	% superficie	Nombre de communes	Nombre de communes urbaines	Nombre de communes périurbaines	Nombre de communes multipolarisées	Nombre de communes rurales
Arras	2332,9	51,1%	364	21 (5,8%)	107 (29,4%)	88 (22,4%)	148 (40,07%)
Aire urbaine d'Arras	678,0	14,8%	112	14 (12,5%)	98 (87,5%)	-	-
Aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise	98,4	2,2%	16	7 (43,8%)	9 (56,3%)	-	-
Commune à dominante rurale	989,9	21,7%	148	-	-	-	148
Communes multipolarisées	566,5	12,4%	88	-	-	88	-
Cambrai	861,8	18,9%	106	9 (8,5%)	21 (19,8%)	40 (37,7%)	36 (34,0%)
Aire urbaine de Cambrai	167,9	3,7%	28	7 (25,0%)	21 (75,0%)	-	-
Aire urbaine de Caudry	18,1	0,4%	2	2	-	-	-
Commune à dominante rurale	349,5	7,7%	36	-	-	-	36
Communes multipolarisées	326,3	7,1%	40	-	-	40	-
Avesnes	1372,8	30,1%	151	24 (15,9%)	35 (23,2%)	57 (37,7%)	35 (23,2%)
Aire urbaine de Maubeuge	349,1	7,6%	43	17 (39,5%)	26 (60,5%)	-	-
Aire urbaine d'Aulnoye-Aymerie	53,5	1,2%	6	5 (83,3%)	1 (16,7%)	-	-
Aire urbaine de Fourmies	36,3	0,8%	2	2	-	-	-
Commune à dominante rurale	409,6	9,0%	35	-	-	-	35
Communes multipolarisées	524,2	11,5%	57	57	-	-	-
SUDS DU NORD	4567,6	100,0%	621	54 (8,7%)	163 (26,2%)	185 (29,8%)	219 (35,3%)
HORS SUDS DU NORD	7927,4	173,6%	926	318 (34,3%)	320 (34,6%)	159 (17,2%)	129 (13,9%)
REGION	12495,0	273,6%	1547	372 (24,0%)	483 (31,2%)	344 (22,2%)	348 (22,54%)

Source : INSEE RGP 1999. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Tableau 2 : Les zones d'étude : la population

Zone (code INSEE)	Densité (hab./ km ²)	Population totale en 1999	Répartition la population de la région
Arras	96,1	224154	5,6%
Aire urbaine d'Arras	183,1	124137	3,1%
Aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise	107,5	10585	0,3%
Commune à dominante rurale	50,9	50427	1,3%
Communes multipolarisées	68,8	39005	1,0%
Cambrai	177,8	153237	3,8%
Aire urbaine de Cambrai	350,0	58784	1,5%
Aire urbaine de Caudry	780,8	14131	0,4%
Commune à dominante rurale	106,8	37333	0,9%
Communes multipolarisées	131,8	42989	1,1%
Avesnes	169,7	233025	5,8%
Aire urbaine de Maubeuge	336,7	117533	2,9%
Aire urbaine d'Aulnoye-Aymerie	374,9	20072	0,5%
Aire urbaine de Fourmies	471,9	17148	0,4%
Commune à dominante rurale	83,4	34150	0,9%
Communes multipolarisées	84,2	44122	1,1%
SUDS DU NORD	133,6	610416	15,3%
HORS SUDS DU NORD	427,1	3385455	84,7%
REGION	319,8	3995871	100,0%

Source : INSEE RGP 1999. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Un sixième de la population régionale en six groupes

Le périmètre étudié englobe une population totale d'un peu plus de 610 000 habitants. Le poids démographique des *Suds du Nord* est donc, proportionnellement par rapport à la totalité de la région, de deux fois inférieur à son étendue (15 % contre 30 %).

Les principaux foyers de peuplement se situent au sein des arrondissements d'Arras et d'Avesnes-sur-Helpe. Il s'agit des deux aires urbaines centrales de Maubeuge et d'Arras, dont le nombre d'habitants est très semblable.

Comparée aux précédentes populations, celle de l'aire urbaine de Cambrai est de deux fois inférieure. Le décrochage dans la hiérarchie urbaine est par conséquent manifeste.

Les aires urbaines de Saint-Pol-sur-Ternoise, Caudry et Fourmies ne sont placées qu'en troisième rang. Leur population totale dépasse, au plus, à peine 20 000 personnes.

Le total des populations résidant dans les zones multipolarisées est comparable aux effectifs des aires urbaines du premier rang. Il en va de même pour la somme des populations résidant en zone rurale.

Si l'on s'intéresse aux masses de populations concernées, il apparaît donc qu'il se dégage

six regroupements correspondant à la structuration territoriale précédemment exposée :

1. l'aire urbaine d'Arras ;
2. l'aire urbaine de Maubeuge ;
3. l'ensemble des communes multipolarisées ;
4. l'ensemble des communes rurales ;
5. l'aire urbaine de Cambrai ;
6. et enfin, les trois aires urbaines d'Aulnoye-Aymeries, Fourmies et Caudry.

De faibles relations territoriales attendues

Ces territoires et ces concentrations de populations ne sont pas sans lien les uns avec les autres. Non seulement la délimitation en aires urbaines réalisée par l'INSEE intègre dans ses fondements les flux de populations entre les pôles urbains et leur périphérie, mais il apparaît par ailleurs que leur position géographique les expose à des échanges probables dus à la proximité.

Ainsi est-il possible d'examiner les relations spontanées que l'on pourrait s'attendre à observer du point de vue des déplacements des personnes. Classiquement, il est courant de considérer que le seuil de 30 minutes constitue un obstacle aux mobilités courantes¹ et, qu'en deçà, il est probable que des attractions mutuelles existent.

Ainsi, entre centres, entre pôles urbains, un certain nombre de complémentarités sont-elles attendues *a priori*.

UN FAIBLE MAILLAGE POTENTIEL

Au sein des *Suds du Nord*, Saint-Pol-sur-Ternoise devrait, selon toute logique, avoir des relations et des échanges privilégiés avec Arras (30 minutes de déplacement), ainsi que Caudry avec Cambrai, et Fourmies avec Aulnoye-Aymeries. Ailleurs, il n'existe pas de proximité théorique attendue entre les communes ayant statut de pôle urbain. En cela, la perception d'un isolement qui a été exposé lors des entretiens peut trouver son origine. Ceci est particulièrement vrai pour Saint-Pol-sur-Ternoise ou Arras, et plus encore pour

Maubeuge distant de 20 minutes d'Aulnoye-Aymeries, de 35 minutes de Fourmies, 50 minutes de Caudry et Cambrai, 1h20 d'Arras et 1h45 de Saint-Pol-sur-Ternoise.

À ce titre il apparaît donc que la cohésion des *Suds du Nord* n'est pas aussi solidement établie que celle que nous avons pu observer sur le Littoral ou dans le Bassin minier par exemple. L'organisation de l'espace vécu par la population est plus proche de celle d'une collection de *bourgs* ou de petites agglomérations que d'un réel *espace maillé*.

ISOLEMENT OU INFLUENCES PÉRIPHÉRIQUES

Si l'on élargit le cadre et que l'on relève les temps de déplacements entre les pôles urbains du périmètre et ceux qui se situent aux alentours (Béthune, Lens, Douai, Valenciennes, Lille, Abbeville, Doullens, Amiens, Albert, Péronne, Saint-Quentin, Hirson, Mons (B), Chimay (B), Charleroi (B)), trois situations-types se dessinent.

1. La première est à l'image de ce qui précède ; c'est-à-dire une relative sous-intégration territoriale à un réseau urbain manquant de puissance. Elle prévaut pour :
 - Saint-Pol-sur-Ternoise qui n'a de lien à moins d'une demi-heure qu'avec Arras ;
 - Caudry qui ne peut être en relation forte qu'avec Cambrai ;
 - Aulnoye-Aymeries et Maubeuge toujours, qui n'ont de proximité que l'un avec l'autre.

Ces quatre pôles se trouvent tous sans proximité avec les axes autoroutiers qui traversent le périmètre du nord au sud, mais aussi du sud-est au nord-ouest et du sud-ouest au nord-est, dans la partie médiane des *Suds du Nord*.

2. Fourmies constitue à lui seul un cas à part. Il dispose, en effet, en plus de ses liens avec Aulnoye-Aymeries, d'une proximité forte vis-à-vis d'Hirson dans l'Aisne. Il est à signaler, par ailleurs, que les deux pôles belges de Chimay (voisin d'ores et déjà en relation pour l'hospitalisation) et Mons (pôle hospitalier important) ne se trouvent par rapport à lui, qu'à respectivement 15 et 50 minutes. Cambrai et Arras voient s'ouvrir leur potentiel d'attraction et d'échanges, non plus vers le sud comme Fourmies, mais vers le nord avec les principaux pôles du Bassin minier. Arras ne se trouve éloigné

¹ Lacoste O, Spinosi L. *Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2002 ; 73 p.

Goodman DC, Fisher EF, Stukel TA, Chang C. The distance to community care and the likelihood of hospitalisation : is closer always better ? *Am J Public Health*. 1997 ; 87 : 144–150.

Philips DR. Spatial variations in attendance at general practitioner services. *Soc. Sci. Med.* 1979 ; 13D : 169–181.

que de 20 minutes de Lens et d'une demi-heure de Béthune et de Douai. Cambrai, plus à l'est, n'est qu'à 25 minutes de Douai et 30 minutes de Valenciennes.

3. Maubeuge, pour sa part, n'a de lien attendu qu'avec Aulnoye-Aymeries (tout proche), mais aussi Fourmies et Valenciennes (bien que se situant à la limite théorique). Il dispose d'un potentiel certain en raison de sa proximité avec les sites urbains belges de Mons à 15 minutes et Chimay à 30 minutes.

Les influences périphériques s'exerçant potentiellement sur les pôles des *Suds du Nord* ne peuvent *a priori* que s'exercer en le mitan et vers le nord, à leur extrémité orientale et vers le sud cette fois.

L'éloignement des métropoles régionales est certain. Amiens est au plus près, à 55 minutes de Saint-Pol-sur-Ternoise, Lille à 40 minutes d'Arras.

Les pôles secondaires dans les hiérarchies urbaines n'entrent en relation avec les noyaux urbains du périmètre que lorsque ceux-ci se situent dans le Nord - Pas-de-Calais et dans son Bassin minier. En effet, les relations attendues avec les *bourgs* et petites villes picardes devraient être inexistantes ou particulièrement ténues, exception faite du lien Fourmies-Hirson. À ce titre, la délimitation du cadre de l'étude ne devrait pas engendrer de biais, en l'absence d'information se rapportant aux complémentarités avec le système urbain picard, trop distant et de toute façon bien plus modeste que l'armature dont bénéficie le Nord - Pas-de-Calais.

Des flux nord-sud dans les relations inter-pôles

Par définition, la délimitation des aires urbaines est la matérialisation par l'INSEE des mouvements de population quotidiens les plus stables et les plus connus : elle se fonde sur la prise en compte des déplacements domicile - travail.

À l'échelle du périmètre étudié, les migrations pendulaires les plus notables sont bien les échanges qui relient les pôles urbains (Saint-Pol-sur-Ternoise, Arras, Cambrai, Caudry, Aulnoye-Aymeries, Maubeuge, Fourmies) aux communes de leurs couronnes périurbaines et communes multipolarisées puisque au moins 40 % de leurs populations actives sont mises en mouvement tous les jours.

Mais entre aires urbaines, l'analyse des migrations quotidiennes réalisée à partir du fichier Mirabelle de l'INSEE, permet de dégager les flux, certes moindres, mais qui permettent d'explicitier, dans une large mesure, les relations inter-pôles qui irriguent les territoires. Ces relations illustrent la perméabilité *spontanée* des entités territoriales dont il convient de tenir compte, non seulement pour appréhender les dynamiques des systèmes territoriaux locaux, mais aussi pour distinguer, plus loin dans cette étude, quels peuvent être les flux sanitaires conformes aux comportements habituels de la population, de ceux qui ne le sont pas.

SAINT-POL, TRÈS DÉPENDANT D'ARRAS ET DE BÉTHUNE ET PEU STRUCTURANT

Bien qu'aire urbaine, la petite agglomération de Saint-Pol-sur-Ternoise est affectée d'une dépendance assez forte (24,7 % des actifs migrants) vis-à-vis de l'aire d'Arras. Il est certain que cette relation résulte de l'inégalité des fonctions urbaines exercées et de l'effet direct de la proximité en temps. Cette même proximité liée à l'inégal pouvoir de commandement expose la population active de Saint-Pol-sur-Ternoise aux forces de gravité de Béthune. À ceci il convient d'ajouter les fuites d'actifs en direction de la Picardie et d'autres zones du Nord - Pas-de-Calais. Les forces d'attraction connues (il conviendrait de disposer des statistiques picardes) sont particulièrement faibles depuis Saint-Pol-sur-Ternoise, sur son environnement ; elles ne franchissent pas Arras.

ARRAS, D'IMPORTANTES FLUX VERS DOUAI-LENS ET LILLE QUI NE S'EXPLIQUENT PAS TOUS PAR LA PROXIMITÉ

L'aire urbaine capte fortement sa population active qui est relativement peu attirée à l'extérieur. En revanche, lorsqu'elle migre, sa main-d'œuvre se dirige essentiellement vers Douai-Lens (32,6 %) puis Lille et en dehors de la région. Il est à noter que l'attractivité de Béthune sur l'aire urbaine d'Arras est assez limitée bien que l'éloignement soit modéré. Arras attire notablement sur sa zone rurale (21,5 %) et multipolarisée (29,8 %). L'influence d'Arras s'étend à Saint-Pol-sur-Ternoise, l'ensemble de son arrondissement, mais aussi à Béthune et Douai-Lens.

CAMBRAI, DES LIENS VERS LE NORD ET LA PICARDIE

La population active migre à Valenciennes comme lieu de destination premier (20,6 %). Secondairement, ce sont la Picardie (12,0 %) et l'aire de Douai-Lens (9,9 %) qui attirent à elles les plus importantes fractions. Cambrai attire beaucoup sur l'aire de Caudry, sa zone rurale et les communes multipolarisées de l'arrondissement. Il est vrai que, localement, les distances au sein de l'arrondissement sont faibles ; les dilutions dues aux distances ne peuvent s'exercer dans un tel contexte. L'influence de Cambrai touche son arrondissement, une partie des communes rurales d'Arras, ainsi que l'aire urbaine de Valenciennes.

CAUDRY, DÉPENDANT ET PEU ATTRACTIF

38,3 % de la population active quitte l'aire urbaine pour aller travailler. Cette dépendance vis-à-vis de l'extérieur profite tout d'abord à Cambrai (26,0 %) et, curieusement, aux communes multipolarisées des alentours. Accessoirement, la Picardie accueille 10,6 % des flux. La diminution des effets de la distance joue ici encore. Il est à signaler que les fuites en direction des grandes et puissantes aires urbaines du Bassin minier sont minimes. Caudry se trouve dans un rapport tout autre que ne le sont Arras vis-à-vis de Douai-Lens, ou Cambrai par rapport à Valenciennes. L'attraction de Caudry n'est pas assez forte pour dépasser les espaces qui lui sont immédiatement limitrophes.

MAUBEUGE, PLUS CENTRIPÈTE ET TOURNÉ VERS PAR-DELÀ LA FRONTIÈRE

Maubeuge est le territoire enquêté qui a le moins de liens avec les autres zones du périmètre. Il a le plus de liens avec l'étranger ;

c'est-à-dire la Belgique. C'est avant tout vers elle que la population part travailler (23,5 %). En second plan, la population se rend vers l'aire urbaine de Valenciennes (17,3 %) puis vers Aulnoye-Aymeries (12,6 %), et en dehors de la région (11,8 %). Maubeuge a une force de gravité qui agit sur les territoires qui lui sont périphériques : Aulnoye-Aymeries et, dans une moindre mesure, la zone d'Avesnes, mais celle-ci ne s'étend absolument pas au-delà.

AULNOYE-AYMERIES, BEAUCOUP DE DÉPENDANCE

Compte tenu de sa position par rapport à l'aire urbaine de Maubeuge et des distances excessivement courtes, il est relativement compréhensible qu'Aulnoye-Aymeries soit non seulement la plus dépendante des aires urbaines du périmètre (47 % de la population travaille en dehors de l'aire), mais aussi que cette dépendance soit orientée vers Maubeuge (56,4 % des actifs migrants). Les flux secondaires bénéficient à la zone rurale et multipolarisée d'Avesnes. L'attraction d'Aulnoye-Aymeries est quasiment nulle sur l'extérieur.

FOURMIES, TOURNÉ VERS LE SUD

Comme Maubeuge, Fourmies envoie sa population navetteuse vers la Picardie (28,3 %) et la Belgique (9,4 %). La proximité d'Hirson, mais aussi des petits *bourgs* tels que Le Nouvion-en-Thiérache, La Cappelle ou encore Vervins, explique assurément ce tropisme méridional. Le reste des fuites est très faible. Fourmies n'a que peu d'influence sur les autres zones du périmètre. Sa force de gravité est quasiment nulle dans le Nord - Pas-de-Calais ; ce qui ne présume pas de sa non-existence sur les communes limitrophes situées en Picardie.

Tableau 3 : Temps de déplacements entre centres urbains (en heures)

Centres urbains	Arras	Saint-Pol-sur-Ternoise	Cambrai	Caudry	Maubeuge	Aulnoye-Aymeries	Fourmies	Béthune	Lens	Douai	Valenciennes	Lille
Arras												
Arras	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Pol-sur-Ternoise	0,30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cambrai												
Cambrai	0,40	1,05	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Caudry	0,55	1,20	0,15	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Avesnes												
Maubeuge	1,20	1,45	0,50	0,50	-	-	-	-	-	-	-	-
Aulnoye-Aymeries	1,25	1,45	0,50	0,40	0,20	-	-	-	-	-	-	-
Fourmies	1,45	2,05	1,05	0,55	0,35	0,25	-	-	-	-	-	-
Nord - Pas-de-Calais												
Béthune	0,30	0,35	0,50	1,05	1,30	1,30	1,55	-	-	-	-	-
Lens	0,20	0,40	0,40	0,55	1,15	1,15	1,45	0,25	-	-	-	-
Douai	0,30	0,55	0,25	0,40	1,00	1,05	1,30	0,35	0,20	-	-	-
Valenciennes	0,55	1,20	0,30	0,40	0,35	0,35	1,10	1,05	0,50	0,40	-	-
Lille	0,40	1,05	0,50	1,05	1,05	1,05	1,40	0,40	0,30	0,30	0,40	-
Picardie												
Abbeville	1,10	0,50	1,35	1,50	2,15	2,15	2,20	1,20	1,25	1,30	1,45	1,45
Doullens	0,35	0,30	1,10	1,25	1,50	1,50	2,10	1,00	0,50	0,55	1,25	1,10
Amiens	1,00	0,55	1,10	1,20	1,45	1,45	1,55	1,25	1,15	1,20	1,20	1,30
Albert	0,40	0,55	0,50	1,05	1,20	1,20	1,50	1,00	0,55	0,50	0,55	1,05
Péronne	0,40	1,05	0,40	0,55	1,15	1,15	1,25	1,00	0,50	0,45	0,50	1,00
Saint-Quentin	1,00	1,20	0,40	0,35	1,20	1,05	1,00	1,10	1,00	1,00	0,55	1,10
Hirson	1,45	2,10	1,05	0,55	0,50	0,40	0,15	1,55	1,45	1,30	1,10	1,40
Belgique												
Mons	1,00	1,30	0,40	0,55	0,15	0,35	0,50	1,10	0,55	0,45	0,20	0,40
Chimay	1,42	2,30	1,20	1,10	0,30	0,50	0,15	2,20	2,05	1,50	1,30	1,30
Charleroi	1,30	2,05	1,00	1,20	0,40	0,55	1,10	1,40	1,25	1,15	0,45	1,10

En gras : les liens de proximité attendus, temps inférieurs ou égaux à 30 minutes

Source : SIGORS/Géoconcept, ORS Nord – Pas-de-Calais.

Tableau 4 : Déplacements Domicile – Travail (effectifs)

Navettes 1999	Lieu de travail																			Total	
	Aire urbaine d'Arras	Aire urbaine de Saint Pol	Rural Arras	Multipolarisé Arras	Aire urbaine de Cambrai	Aire urbaine de Caudry	Rural Cambrai	Multipolarisé Cambrai	Aire urbaine de Maubeuge	Aire urbaine d'Auloye	Aire urbaine de Fourmies	Rural Avesnes	Multipolarisé Avesnes	Béthune	Douai-Lens	Valenciennes	Lille	Autres Nord - Pas-de-Calais	Hors Nord - Pas-de-Calais		Hors France
Aire urbaine d'Arras	-	246	956	1156	180	10	22	15	14	3	1	8	2	793	3487	132	1613	393	1632	38	10701
Aire urbaine de Saint Pol /Ternoise	291	-	200	178	2	0	0	0	1	0	0	0	0	145	52	3	53	170	77	5	1177
Rural Arras	1523	808	-	418	300	7	48	72	2	0	0	1	2	187	253	41	218	1264	1936	10	7090
Multipolarisé Arras	2923	966	565	-	565	14	35	65	7	2	1	4	6	945	2220	118	537	374	442	18	9807
Aire urbaine de Cambrai	173	0	184	283	-	531	487	1042	50	11	3	26	29	25	625	1303	616	125	760	36	6309
Aire urbaine de Caudry	7	0	7	5	482	-	370	427	10	5	1	11	20	2	45	176	69	14	197	4	1852
Rural Cambrai	43	4	102	39	1111	785	-	743	82	99	16	179	129	8	78	621	230	26	1238	21	5554
Multipolarisé Cambrai	77	2	107	78	3481	1657	908	-	45	26	4	22	68	24	300	1823	298	94	579	33	9626
Aire urbaine de Maubeuge	19	0	3	5	73	8	45	16	-	719	141	545	547	12	88	988	414	81	676	1344	5724
Aire urbaine d'Auloye Aymeries	5	0	1	0	9	1	28	5	1613	-	59	271	225	2	17	252	144	14	149	64	2859
Aire urbaine de Fourmies	2	0	0	0	4	1	6	4	271	51	-	255	278	0	4	30	44	2	433	143	1528
Rural Avesnes	4	0	1	2	77	37	302	28	1377	537	474	-	564	0	29	354	160	19	679	119	4763
Multipolarisé Avesnes	18	0	0	1	140	40	154	39	2340	699	889	839	-	9	71	2245	440	50	535	767	9276
Béthune	2081	419	142	361	65	8	18	9	18	3	3	6	12	-	8673	191	9390	5085	1561	130	28175
Douai-Lens	5966	64	271	910	775	39	336	84	126	24	8	35	37	8374	-	3626	21424	2079	3010	472	47660
Valenciennes	238	1	30	106	1479	163	484	401	1270	325	42	194	854	172	5354	-	8603	675	2203	2735	25329
Lille	1220	17	64	79	358	42	143	159	359	67	37	162	194	3210	9376	5045	-	8195	5978	6240	40945
Autres Nord - Pas-de-Calais	1100	316	679	241	184	22	65	63	80	16	6	54	49	4597	2773	926	20730	61661	5400	2727	101689
Total	15690	2843	3312	3862	9285	3365	3451	3172	7665	2587	1685	2612	3016	18505	33445	17874	64983	80321	27485	14906	320064

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

Tableau 5 : Déplacements Domicile – Travail (pourcentages)

Navettes 1999	Lieu de travail																				
	Aire urbaine d'Arras	Aire urbaine de Saint Pol /Ternoise	Rural Arras	Multipolarisé Arras	Aire urbaine de Cambrai	Aire urbaine de Caudry	Rural Cambrai	Multipolarisé Cambrai	Aire urbaine de Maubeuge	Aire urbaine d'Auloye Aymeries	Aire urbaine de Fourmies	Rural Avesnes	Multipolarisé Avesnes	Béthune	Douai-Lens	Valenciennes	Lille	Autres Nord - Pas-de-Calais	Hors Nord - Pas-de-Calais	Hors France	Total
Aire urbaine d'Arras	-	2,30%	8,93%	10,80%	1,68%	0,09%	0,21%	0,14%	0,13%	0,03%	0,01%	0,07%	0,02%	7,41%	32,59%	1,23%	15,07%	3,67%	15,25%	0,36%	100,00%
Aire urbaine de Saint Pol /Ternoise	24,72%	-	16,99%	15,12%	0,17%	0,00%	0,00%	0,00%	0,08%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	12,32%	4,42%	0,25%	4,50%	14,44%	6,54%	0,42%	100,00%
Rural Arras	21,48%	11,40%	-	5,90%	4,23%	0,10%	0,68%	1,02%	0,03%	0,00%	0,00%	0,01%	0,03%	2,64%	3,57%	0,58%	3,07%	17,83%	27,31%	0,14%	100,00%
Multipolarisé Arras	29,81%	9,85%	5,76%	-	5,76%	0,14%	0,36%	0,66%	0,07%	0,02%	0,01%	0,04%	0,06%	9,64%	22,64%	1,20%	5,48%	3,81%	4,51%	0,18%	100,00%
Aire urbaine de Cambrai	2,74%	0,00%	2,92%	4,49%	-	8,42%	7,72%	16,52%	0,79%	0,17%	0,05%	0,41%	0,46%	0,40%	9,91%	20,65%	9,76%	1,98%	12,05%	0,57%	100,00%
Aire urbaine de Caudry	0,38%	0,00%	0,38%	0,27%	26,03%	-	19,98%	23,06%	0,54%	0,27%	0,05%	0,59%	1,08%	0,11%	2,43%	9,50%	3,73%	0,76%	10,64%	0,22%	100,00%
Rural Cambrai	0,77%	0,07%	1,84%	0,70%	20,00%	14,13%	-	13,38%	1,48%	1,78%	0,29%	3,22%	2,32%	0,14%	1,40%	11,18%	4,14%	0,47%	22,29%	0,38%	100,00%
Multipolarisé Cambrai	0,80%	0,02%	1,11%	0,81%	36,16%	17,21%	9,43%	-	0,47%	0,27%	0,04%	0,23%	0,71%	0,25%	3,12%	18,94%	3,10%	0,98%	6,01%	0,34%	100,00%
Aire urbaine de Maubeuge	0,33%	0,00%	0,05%	0,09%	1,28%	0,14%	0,79%	0,28%	-	12,56%	2,46%	9,52%	9,56%	0,21%	1,54%	17,26%	7,23%	1,42%	11,81%	23,48%	100,00%
Aire urbaine d'Auloye Aymeries	0,17%	0,00%	0,03%	0,00%	0,31%	0,03%	0,98%	0,17%	56,42%	-	2,06%	9,48%	7,87%	0,07%	0,59%	8,81%	5,04%	0,49%	5,21%	2,24%	100,00%
Aire urbaine de Fourmies	0,13%	0,00%	0,00%	0,00%	0,26%	0,07%	0,39%	0,26%	17,74%	3,34%	-	16,69%	18,19%	0,00%	0,26%	1,96%	2,88%	0,13%	28,34%	9,36%	100,00%
Rural Avesnes	0,08%	0,00%	0,02%	0,04%	1,62%	0,78%	6,34%	0,59%	28,91%	11,27%	9,95%	-	11,84%	0,00%	0,61%	7,43%	3,36%	0,40%	14,26%	2,50%	100,00%
Multipolarisé Avesnes	0,19%	0,00%	0,00%	0,01%	1,51%	0,43%	1,66%	0,42%	25,23%	7,54%	9,58%	9,04%	-	0,10%	0,77%	24,20%	4,74%	0,54%	5,77%	8,27%	100,00%
Béthune	7,39%	1,49%	0,50%	1,28%	0,23%	0,03%	0,06%	0,03%	0,06%	0,01%	0,01%	0,02%	0,04%	-	30,78%	0,68%	33,33%	18,05%	5,54%	0,46%	100,00%
Douai-Lens	12,52%	0,13%	0,57%	1,91%	1,63%	0,08%	0,70%	0,18%	0,26%	0,05%	0,02%	0,07%	0,08%	17,57%	-	7,81%	44,95%	4,36%	6,32%	0,99%	100,00%
Valenciennes	0,94%	0,00%	0,12%	0,42%	5,84%	0,64%	1,91%	1,58%	5,01%	1,28%	0,17%	0,77%	3,37%	0,68%	21,14%	-	33,97%	2,66%	8,70%	10,80%	100,00%
Lille	2,98%	0,04%	0,16%	0,19%	0,87%	0,10%	0,35%	0,39%	0,88%	0,16%	0,09%	0,40%	0,47%	7,84%	22,90%	12,32%	-	20,01%	14,60%	15,24%	100,00%
Autres Nord - Pas-de-Calais	1,08%	0,31%	0,67%	0,24%	0,18%	0,02%	0,06%	0,06%	0,08%	0,02%	0,01%	0,05%	0,05%	4,52%	2,73%	0,91%	20,39%	60,64%	5,31%	2,68%	100,00%
Total	4,90%	0,89%	1,03%	1,21%	2,90%	1,05%	1,08%	0,99%	2,39%	0,81%	0,53%	0,82%	0,94%	5,78%	10,45%	5,58%	20,30%	25,10%	8,59%	4,66%	100,00%

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

Jeunesse et faibles densités de population urbaine

Avec 610 416 habitants, les *Suds du Nord* ne représentent que 15,3 % de la population régionale. Répartie sur 4 568 km² du périmètre, leur densité de population est par conséquent relativement rurale puisqu'elle est de trois fois inférieure aux densités moyennes du reste de la région (134 hbt/km² contre 427 hbt/km²). *Relativement* rural, par rapport au contexte régional, l'espace des *Suds du Nord* l'est assurément puisqu'en regard des densités moyennes des zones rurales françaises (35 hbt/km²), le différentiel est considérable. Les *Suds du Nord* sont ruraux par rapport au Nord – Pas-de-Calais, et urbains par rapport aux indices français (la densité y éga-

le la concentration moyenne de population des aires urbaines françaises).

UNE RÉPARTITION PAR ÂGE TRÈS CONTRASTÉE

Cette faible ruralité se retrouve dans la répartition par classe d'âges. Pourtant, le pourcentage de jeunes (personnes de moins de 25 ans) égale (zone rurale de l'arrondissement d'Arras), ou dépasse la moyenne nationale. Ce sont les aires urbaines qui accueillent le plus de jeunes : Maubeuge et Fourmies tout d'abord (plus de 35 %) puis, de façon progressivement décroissante en direction de l'ouest, Caudry, Cambrai, et enfin Saint-Pol-sur-Ternoise et Arras.

Tableau 6 : Répartition par âge

Zone (code INSEE)	Population totale en 1999	Répartition de la population de la région	Part des moins de 25 ans	Par des plus de 65 ans
Arras	224154	5,6%	32,3%	16,4%
Aire urbaine d'Arras	124137	3,1%	33,1%	14,8%
Aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise	10585	0,3%	32,3%	17,9%
Commune à dominante rurale	50427	1,3%	30,8%	19,6%
Communes multipolarisées	39005	1,0%	31,7%	16,9%
Cambrai	153237	3,8%	32,4%	16,9%
Aire urbaine de Cambrai	58784	1,5%	32,6%	16,0%
Aire urbaine de Caudry	14131	0,4%	33,9%	15,9%
Commune à dominante rurale	37333	0,9%	32,6%	17,7%
Communes multipolarisées	42989	1,1%	31,5%	17,7%
Avesnes	233025	5,8%	34,7%	15,3%
Aire urbaine de Maubeuge	117533	2,9%	36,4%	14,0%
Aire urbaine d'Aulnoye-Aymerie	20072	0,5%	33,8%	16,5%
Aire urbaine de Fourmies	17148	0,4%	35,0%	16,5%
Commune à dominante rurale	34150	0,9%	32,1%	17,2%
Communes multipolarisées	44122	1,1%	32,3%	16,2%
SUDS DU NORD	610416	15,3%	33,2%	16,1%
HORS SUDS DU NORD	3385455	84,7%	35,5%	14,2%
REGION	3995871	100,0%	35,2%	14,5%
France	-	-	30,9%	16,7%

Source : INSEE RGP 1999. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Les plus de 65 ans se trouvent concentrés dans les zones rurales de chacun des arrondissements. Une particularité subsiste avec l'aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise, dont le taux de personnes âgées est important.

CELUI QUI SE DÉPEUPLE N'EST PAS TOUJOURS CELUI QU'ON CROIT

Quelle est la cause de la diminution de la population résidant dans les *Suds du Nord* ?

La réponse à cette question est certainement complexe. L'analyse du taux de variation apporte déjà un premier éclairage. Le taux de mortalité ainsi que le solde migratoire sont identiques à ceux de la région. Par conséquent, seule la troisième variable explique cette légère diminution de la population : le

taux de naissance est ici effectivement plus faible.

Derrière cette explication simple se cachent des mouvements de population et un mouvement des naissances dans le temps hétérogène.

Tableau 7 : Taux de variation de la population

Zone (code INSEE)	Taux de variation annuel (en %)	Taux de variation annuel dû au mouv. nat. (en %)	Taux de variation annuel dû au solde migr. (en %)	Taux de natalité (pour 1000)	Taux de mortalité (pour 1000)
Arras	0,12	0,28	-0,16	12,5	9,6
Aire urbaine d'Arras	0,12	0,45	-0,33	12,9	8,4
Aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise	0,19	0,26	-0,07	13,2	10,6
Commune à dominante rurale	0,17	-0,02	0,19	12,1	12,3
Communes multipolarisées	0,06	0,16	-0,11	11,5	9,9
Cambrai	-0,23	0,18	-0,41	12,7	10,9
Aire urbaine de Cambrai	-0,01	0,33	-0,34	13,4	10,1
Aire urbaine de Caudry	-0,1	0,22	-0,32	14,1	11,9
Commune à dominante rurale	-0,34	0,14	-0,47	12,8	11,5
Communes multipolarisées	-0,48	0	-0,48	11,2	11,3
Avesnes	-0,33	0,4	-0,73	13,5	9,6
Aire urbaine de Maubeuge	-0,38	0,54	-0,93	14,3	8,9
Aire urbaine d'Aulnoye-Aymerie	-0,57	0,38	-0,95	12,1	8,3
Aire urbaine de Fourmies	-0,56	0,45	-1,02	15	10,4
Commune à dominante rurale	-0,29	0,24	-0,53	12,8	10,4
Communes multipolarisées	-0,03	0,1	-0,14	12	11
SUDS DU NORD	-0,14	0,3	-0,44	12,9	9,9
HORS SUDS DU NORD	0,13	0,53	-0,4	14,3	9
REGION	0,09	0,49	-0,41	14,1	9,2

Source : INSEE RGP 1999. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

DES TENDANCES VARIABLES SELON LES ARRONDISSEMENTS

Tout d'abord, l'observation des deux arrondissements où la population diminue, laisse apparaître deux causes distinctes.

Pour l'arrondissement d'Avesnes, les départs de la population (le solde migratoire) ne sont pas comblés par le taux de natalité qui reste faible. La particularité est que ces départs sont plus importants dans les pôles urbains (Maubeuge, Aulnoye-Aymeries, Fourmies) que dans les pôles ruraux et les communes multipolarisées d'Avesnes.

Les zones, rurale et multipolarisée, de l'arrondissement de Cambrai, cumulent des causes classiques pour ce type de territoire : la faiblesse du taux de naissance, le taux plus élevé de mortalité et un solde migratoire faible. Ceci fait baisser la variation moyenne de cet arrondissement.

Ensuite, le troisième arrondissement (celui d'Arras) cache une faiblesse malgré l'accroissement global de sa population et l'émergence d'une nouvelle aire urbaine.

Effectivement, la comparaison des taux de natalité des aires urbaines du territoire des *Suds du Nord* montre la faiblesse du taux de naissance de l'aire urbaine d'Arras, d'autant qu'elle compte la plus importante population. Ce phénomène est caché par une attraction forte de ce territoire (solde migratoire).

La récente mise en place de la nouvelle aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise n'est certainement pas la cause d'un taux de natalité relativement élevé pour l'arrondissement d'Arras, car les nouveau-nés ne sont pas comptabilisés parmi les actifs. Cela pourrait être plutôt le fait de l'installation de jeunes adultes, parents, dans ce territoire.

Enfin, la répartition du taux de mortalité distingue l'arrondissement de Cambrai des deux autres.

Les arrondissements d'Arras et Avesnes ont à peu près le même profil : faible taux de mortalité dans le *bourg* et taux élevé dans la petite aire urbaine ainsi que dans la zone rurale, alors qu'un nivellement s'effectue vers le haut entre les trois types de territoires (urbain, rural, multipolarisé) pour les données de

Cambrai ; ce qui fait un taux de mortalité plus élevé pour cet arrondissement.

Le taux de mortalité le plus élevé est dans la dominante rurale d'Arras, et les taux les plus faibles sont à Aulnoye-Aymeries et Maubeuge.

Ainsi, ce territoire présente de multiples situations. Il fait se côtoyer des zones urbaines où les naissances importantes ne compensent pourtant pas les départs (Avesnes), où l'attraction forte (solde migratoire) cache une faiblesse du taux de natalité (Arras), où des zones rurales et multipolarisées sont parfois

plus attractives que leurs zones urbaines (Avesnes), où elles cumulent les facteurs limitants du taux de variation (Cambrai).

Chômage et activité, très proches de la région

Le taux de chômage des *Suds du Nord* se situe dans la moyenne régionale ; il conserve donc le même écart avec la moyenne nationale (17,4 % contre 12,8 %).

Tableau 8 : Chômage

Zone (code INSEE)	Taux de chômage	Taux de chômage Hommes	Taux de chômage Femmes	Taux d'activité	Taux d'activité Hommes	Taux d'activité Femmes	Part des chômeurs de plus d'un an
Arras	13,0%	10,8%	15,9%	53,3%	61,9%	45,2%	51,5%
Aire urbaine d'Arras	13,1%	11,6%	15,0%	55,5%	63,4%	48,2%	52,9%
Aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise	12,1%	9,3%	15,9%	52,6%	62,9%	43,1%	50,0%
Commune à dominante rurale	14,1%	11,2%	18,2%	48,7%	57,7%	39,9%	47,9%
Communes multipolarisées	11,8%	8,4%	16,5%	52,5%	62,7%	42,7%	51,8%
Cambrai	18,9%	15,5%	23,3%	53,1%	62,5%	44,4%	56,6%
Aire urbaine de Cambrai	19,0%	15,7%	22,8%	54,5%	63,1%	46,9%	58,3%
Aire urbaine de Caudry	21,4%	17,8%	25,8%	54,5%	63,6%	46,2%	56,3%
Commune à dominante rurale	19,7%	16,4%	24,2%	51,1%	61,7%	41,2%	55,2%
Communes multipolarisées	17,2%	13,6%	22,2%	52,4%	62,3%	43,1%	55,4%
Avesnes	21,0%	17,3%	26,2%	49,7%	60,5%	39,7%	61,4%
Aire urbaine de Maubeuge	23,1%	19,1%	28,9%	49,1%	60,2%	38,8%	62,9%
Aire urbaine d'Aulnoye-Aymeries	20,8%	15,6%	28,3%	47,4%	58,6%	37,2%	58,6%
Aire urbaine de Fourmies	27,2%	24,2%	31,4%	48,9%	59,2%	39,7%	67,4%
Commune à dominante rurale	17,7%	14,9%	21,6%	50,7%	61,1%	40,9%	56,6%
Communes multipolarisées	16,2%	13,0%	20,7%	52,0%	62,2%	42,2%	58,3%
SUDS DU NORD	17,4%	14,4%	21,4%	51,9%	61,6%	42,9%	57,3%
HORS SUDS DU NORD	17,7%	15,7%	20,4%	52,7%	62,2%	43,9%	58,9%
REGION	17,7%	15,5%	20,6%	52,5%	62,1%	43,8%	58,7%
France	12,8%	11,0%	15,0%	55,2%	62,3%	48,7%	-

Source : INSEE RGP 1999. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Les femmes résidant dans ce territoire sont davantage touchées par le chômage¹, d'autant plus que leur taux d'activité est faible. La fréquence de l'emploi dans la population féminine est donc particulièrement basse. Cette situation place les femmes à l'opposé des hommes.

DE BEAUCOUP D'ACTIFS À ARRAS À PLUS DE CHÔMAGE À AVESNES

Les *Suds du Nord* connaissent de nettes disparités (entre arrondissements). En effet, les taux de chômage, d'activité, ainsi que la part des chômeurs de plus d'un an, se dégradent d'ouest en est (de Saint-Pol-sur-Ternoise à Fourmies²).

¹ 12,21 % contre 20,6 % dans la région.

² Le taux de chômage de Saint-Pol-sur-Ternoise est faible : 12,1 % (inférieur à la moyenne nationale), tandis que Fourmies atteint un taux de 21,2 %.

Ainsi, l'arrondissement d'Arras connaît une population très active (proche de la moyenne nationale) avec un taux d'activité fort. Le secteur à dominante rurale se différencie avec un taux de chômage plus élevé mais toujours inférieur à la moyenne régionale et un taux d'activité moindre.

L'arrondissement de Cambrai se situe légèrement au-dessus de la moyenne régionale tout en ayant un taux d'activité équivalent à celui d'Arras. L'aire urbaine de Caudry est spécialement touchée en matière de chômage, ainsi que la dominante rurale de cet arrondissement.

Avesnes-sur-Helpe, avec un taux de chômage de 21,0 % au niveau de son arrondissement, rencontre des taux records dans deux de ses aires urbaines (à savoir Fourmies et Maubeuge) avec des taux d'activité les plus bas du territoire des *Suds du Nord*. Les chômeurs de plus d'un an représentent 61,4 % des chômeurs, avec un taux record pour Fourmies (67,4 %). L'espace urbain de cet arrondissement

ment concentre donc les personnes en situation de chômage avec des taux d'activité faibles ; ceci bénéficie à l'espace à dominante rurale en matière de taux de chômage. On peut également noter qu'au sein de chacun des trois arrondissements, les zones mul-

tipolarisées rencontrent les taux de chômage les plus faibles, notamment celle d'Arras où il est même inférieur à la moyenne nationale. On pourrait attribuer ces faibles taux à la plus grande accessibilité des emplois et à la présence de ménages rurbains¹.

Tableau 9 : Minima sociaux : une situation plus difficile que dans le reste de la région

Zone (code INSEE)	Nbre total d'allocataires au 31-12-98	Nbre total d'API au 31-12-98/Population féminine de 15-49 ans en 1999 (en %)	Nbre total d'AAH au 31-12-98/Population totale de 20-64 ans en 1999 (en %)	Nbre total de RMIstes au 31-12-98/Population des 25-64 ans en 1999 (en %)	Nbre de personnes couvertes par le RMI/Population totale en 1999 (en %)	Nbre d'allocataires percevant un minimum social/Total des allocataires (en %)	Allocataires en situation économique difficile/Total des allocataires hors étudiants (en %)
Arras	32080	1,5%	2,5%	2,8%	3,2%	22,7%	26,9%
Aire urbaine d'Arras	19490	1,5%	2,3%	3,2%	3,7%	22,0%	26,6%
Aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise	2017	1,8%	8,8%	2,9%	2,9%	35,4%	39,0%
Commune à dominante rurale	6083	1,4%	2,2%	2,5%	2,8%	23,0%	27,0%
Communes multipolarisées	4490	1,1%	1,8%	2,0%	1,9%	19,8%	22,3%
Cambrai	23340	1,4%	2,8%	4,0%	4,7%	26,1%	30,7%
Aire urbaine de Cambrai	9888	1,6%	3,0%	4,1%	4,6%	25,2%	30,6%
Aire urbaine de Caudry	2513	2,0%	3,2%	5,4%	7,1%	28,5%	33,6%
Commune à dominante rurale	5451	1,3%	3,1%	4,5%	5,4%	29,2%	33,5%
Communes multipolarisées	5488	0,8%	2,3%	3,0%	3,5%	23,7%	26,6%
Avesnes	40473	2,7%	3,4%	5,5%	6,3%	30,4%	35,3%
Aire urbaine de Maubeuge	21903	3,1%	3,5%	6,4%	7,5%	31,7%	36,4%
Aire urbaine d'Aulnoye-Aymerie	3420	2,9%	2,8%	5,2%	5,4%	28,8%	35,2%
Aire urbaine de Fourmies	3596	3,8%	4,8%	7,1%	8,8%	33,0%	38,4%
Commune à dominante rurale	5323	2,3%	3,3%	4,2%	4,6%	29,3%	33,8%
Communes multipolarisées	6231	1,5%	2,8%	3,4%	3,9%	26,3%	30,8%
SUDS DU NORD	95893	1,9%	2,9%	4,1%	4,7%	26,8%	31,4%
HORS SUDS DU NORD	598083	2,0%	2,2%	4,7%	5,3%	23,4%	29,0%
REGION	693976	2,0%	2,3%	4,6%	5,2%	23,9%	29,4%

Source : INSEE RGP 1999. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Les *Suds du Nord* se situent dans la moyenne régionale concernant les proportions d'allocataires d'AAH (Allocation Adulte Handicapé), API (Allocation Parent Isolé) et RMI (Revenu Minimum d'Insertion). On constate cependant une plus forte proportion d'allocataires percevant un minimum social, ainsi que plus d'allocataires en situation économique difficile sur ce territoire.

Avesnes semble concentrer les plus forts taux d'allocataires (AAH, RMI, API) des *Suds du Nord* (les taux des arrondissements de Cambrai et Arras ne dépassent pas la moyenne des *Suds du Nord*). Au sein de cet arrondissement, Fourmies et Maubeuge culminent en matière de population percevant des aides. La proportion d'allocataires en situation économique difficile est évidemment forte pour ces deux aires urbaines, mais touche également celle d'Aulnoye-Aymeries et l'espace à dominante rurale. Ces chiffres confortent bien les informations recueillies lors d'entretiens concernant la population fortement précarisée, avec de "nombreuses mères isolées" (API).

Bien qu'étant en deçà des moyennes des *Suds du Nord*, Arras et Cambrai connaissent quel-

ques particularités. Ainsi, le taux d'allocataires AAH de l'aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise est de 8,8 %. L'aire urbaine de Caudry se distingue également par un fort taux de RMI² rejoignant les cas de Fourmies et Maubeuge.

Enfin, les zones multipolarisées sont moins demandeuses d'allocations au sein de leur arrondissement respectif.

Niveaux de diplômes : moins de contrastes

Les non-diplômés de plus de 15 ans sur le territoire des *Suds du Nord* sont moins nombreux (en comparaison avec la région), mais la part de bac+2 y est moindre. À l'exception des aires urbaines d'Arras (qui améliore les taux du territoire) et de Cambrai, on constate un assez faible niveau d'études en général.

¹ Ménages rurbains : ménages dont au moins un actif travaille dans un pôle urbain en 1990, ne résidant plus dans un pôle urbain en 1990 mais qui y résidaient en 1982.

² 7,7 % de la population perçoit cette aide.

À nouveau, d'ouest en est, la situation des arrondissements se dégrade, avec de fortes disparités internes. Ainsi Arras (son aire urbaine) connaît des parts de sans-diplômes et de bac+2 en deçà des moyennes régionales et nationales, alors que l'espace à dominante rurale de son arrondissement est dans la situation inverse.

Les deux aires urbaines de l'arrondissement de Cambrai s'équilibrent puisque Cambrai connaît un taux faible de sans-diplômes et Caudry une part élevée. En dehors de l'aire urbaine de Cambrai, cet arrondissement cumule les faiblesses avec peu de diplômés (bac+2) et beaucoup de non-diplômés.

Avesnes-sur-Helpe se particularise avec deux de ses aires urbaines (Fourmies et Maubeuge) ayant les plus forts taux de sans-diplômes et les plus faibles taux de bac+2 de la région, alors que sa zone à dominante rurale possède les meilleurs taux de ce type de zone dans les *Suds du Nord*. Il s'agit du seul arrondissement où les données de l'espace à dominante rurale sont meilleures ou équivalentes à l'espace urbain ; ceci renforce la faiblesse des aires urbaines de cet arrondissement. Il est donc intéressant de noter que les aires urbaines ne regroupent pas forcément les personnes diplômées et que les zones multipolarisées en accueillent également (situation similaire au reste de la région).

Tableau 10 : Diplômes

Zone (code INSEE)	Part des sans-diplôme dans les plus de 15 ans	Part des Bac+2 et dipl. sup. dans les plus de 15 ans	Part des 16-24 ans inscrits dans un établissement d'enseignement
Arras	16,9%	12,0%	67,5%
Aire urbaine d'Arras	14,3%	14,6%	69,2%
Aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise	18,8%	10,5%	63,7%
Commune à dominante rurale	23,2%	7,2%	62,2%
Communes multipolarisées	16,7%	10,1%	68,8%
Cambrai	20,0%	9,4%	64,3%
Aire urbaine de Cambrai	16,6%	12,8%	67,3%
Aire urbaine de Caudry	21,7%	6,9%	57,3%
Commune à dominante rurale	24,7%	6,7%	60,6%
Communes multipolarisées	20,2%	7,7%	65,4%
Avesnes	21,3%	9,0%	66,4%
Aire urbaine de Maubeuge	21,8%	8,9%	67,4%
Aire urbaine d'Aulnoye-Aymerie	17,6%	7,6%	67,7%
Aire urbaine de Fourmies	28,7%	6,5%	59,8%
Commune à dominante rurale	21,4%	8,8%	64,0%
Communes multipolarisées	18,7%	11,0%	67,0%
SUDS DU NORD	19,3%	10,2%	66,2%
HORS SUDS DU NORD	20,4%	12,3%	69,0%
REGION	20,2%	12,0%	68,6%
France	17,7%	15,6%	-

Source : INSEE RGP 1999. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Les vecteurs de la mobilité

Globalement, les *Suds du Nord* se situent légèrement au-dessus de la moyenne régionale en matière de possession de véhicules¹ ; l'arrondissement d'Arras, très bien équi-

pé en véhicules, explique cette situation. En effet, de fortes disparités sont à noter entre Arras (dont la proportion de ménages sans voiture est la plus faible, et inférieure à la moyenne régionale²), et les deux autres arrondissements qui connaissent des taux importants de ménages sans voiture (notam-

¹ Puisque 50,9 % des ménages ont une voiture (contre 49,9 % pour la région) et 26,2 % en ont deux ou plus (25,7 % pour la région).

² La moyenne régionale de ménages sans voiture est de 24,4 %.

ment au sein de leurs aires urbaines). Ainsi, un tiers des ménages de l'aire urbaine de Fourmies n'a pas de voiture ; Maubeuge et Aulnoye-Aymeries, ainsi que Caudry, connaissent des proportions allant de 26,3 % à 28,5 %. En croisant ces faibles taux d'équipement en véhicules avec un réseau de transport en commun insuffisant (selon nos informateurs-clés), on peut mettre en évidence une population peu mobile.

Les zones multipolarisées sont les mieux équipées avec de faibles taux de ménages sans voiture et de forts taux de ménages à deux voitures ou plus. Ceci est en lien avec ce type de zone se caractérisant par des déplacements vers plusieurs aires urbaines.

Les zones à dominante rurale ont des taux de ménages non équipés en voitures, inférieurs aux aires urbaines, celle de Cambrai mise à part.

L'état de santé Les causes de mortalité

Près d'un quart des décès en trop

Le recours aux statistiques de mortalité demeure, en dépit de ses quelques limites, le meilleur chemin pour apprécier un état de santé local.

Certes, fondamentalement, ces informations se rapportent à des événements morbides, à des *histoires de maladie*, d'accidents passés. Dans cette mesure, l'exploitation des données de mortalité contribue à établir un constat que l'on voudrait souvent plus prospectif.

Pour autant, compte tenu de la remarquable stabilité de ces indicateurs dans le temps, et ce depuis le début des années 1950, compte tenu de l'exhaustivité de ces informations¹, de leur qualité dans le Nord – Pas-de-Calais², et du choix du type d'indicateurs auxquels nous avons recours, il ne nous semble pas raisonnable de ne pas accorder de valeur significative à ces informations.

Dans les pages qui suivent, sont présentés, pour l'ensemble des zones étudiées, pour la totalité du Nord – Pas-de-Calais et le reste de la région hors *Suds du Nord* (Région – *Suds du Nord*) :

- Le nombre total de décès cumulés entre 1996 et 1998,
 - qui permet de quantifier le poids de chaque cause ;
- L'Indice Comparatif de Mortalité établi par rapport à une mortalité théorique attendue sur la base de la structure par âge de la mortalité nationale de la même période, quel que soit l'âge des personnes décédées,
 - qui permet de comparer l'ampleur et la précocité des décès par rapport à

¹ Ce qui ne peut être le cas des registres ou bases de données assimilées (parfois à tort) qui ne portent qu'exceptionnellement sur telle ou telle pathologie, dans cette région comme ailleurs.

² Le nombre de causes de décès par "causes mal définies ou non spécifiées" est plus faible dans notre région qu'en bien d'autres régions ou pays européens. De ce fait, il n'y a aucune raison de mettre en doute, *a priori*, la qualité des certificats de décès et encore moins leur traitement par les services de l'INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale).

la moyenne française (mortalité française = 100) en évitant l'influence des effets liés à la comparaison de deux populations inégalement âgées ; un ICM de valeur 80 indique une mortalité de 20 % inférieure à la valeur moyenne nationale ; un ICM à 130 rapporte une mortalité excédant de 30 % la moyenne française ;

- Le test de significativité statistique ($p \leq 0,05$),
 - qui permet d'apprécier le caractère banal ou anormal d'un seul ICM ;
- L'Indice Comparatif de Mortalité précoce, identique au précédent mais pour les seules personnes âgées de moins de 65 ans³,
 - qui permet d'évaluer l'ampleur de la mortalité aux âges jeunes, selon les normes internationales admises ;
- Le test de significativité statistique de la mortalité précoce ($p \leq 0,05$),
 - qui permet d'apprécier le caractère banal ou anormal d'un seul ICM précoce.

Les deux tableaux ci-après décrivent la totalité de la mortalité et des différentes causes de décès qui la composent. 9 520 décès ont été enregistrés chez les hommes et 8 879 chez les femmes. Rapportés aux valeurs nationales, il apparaît que leur nombre (voir la valeur des ICM) a dépassé de 23,2 % la mortalité masculine française et de 23,8 % la mortalité féminine nationale.

Comme toujours dans le Nord – Pas-de-Calais, les ICM précoces sont sensiblement plus élevés : 27,9 % et 24,6 % ; ce qui atteste d'une plus forte exposition de la population "jeune" au risque de décéder. La surmortalité dans ce territoire est par conséquent très proche d'un quart. Ceci permet d'estimer que le handicap sanitaire global est assimilable à un préjudice local de 25 %.

³ Le seuil de 65 ans correspond à une limite internationale fixée par les démographes et non à un choix délibéré de notre part.

Tableau 11 : Mortalité masculine toutes causes

Zone (code INSEE)	Décès cumulés observés dans le Nord - Pas-de-Calais	Indice Comparatif de Mortalité (France=100)	Différence significative entre les décès observés et attendus (France)	Indice Comparatif de Mortalité précoce (France=100)	Différence significative entre les décès précoces observés et attendus (France)
Arras	3345	113,499	oui	109,83	oui
Aire urbaine d'Arras	1585	106,518	oui	111,092	oui
Aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise	178	113,743	-	124,967	-
Commune à dominante rurale	944	121,189	oui	101,7	-
Communes multipolarisées	638	121,827	oui	112,798	-
Cambrai	2611	133,453	oui	147,996	oui
Aire urbaine de Cambrai	926	130,339	oui	150,979	oui
Aire urbaine de Caudry	250	153,668	oui	189,903	oui
Commune à dominante rurale	652	130,869	oui	135,782	oui
Communes multipolarisées	783	133,813	oui	141,696	oui
Avesnes	3564	126,3	oui	132,271	oui
Aire urbaine de Maubeuge	1691	128,011	oui	136,028	oui
Aire urbaine d'Aulnoye-Aymerie	287	113,133	oui	132,983	oui
Aire urbaine de Fourmies	273	126,61	oui	128,812	oui
Commune à dominante rurale	572	125,335	oui	135,346	oui
Communes multipolarisées	741	128,83	oui	121,09	oui
SUDS DU NORD	9520	123,228	oui	127,927	oui
HORS SUDS DU NORD	48193	128,914	oui	132,682	oui
REGION	57713	127,94	oui	131,926	oui

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

Tableau 12 : Mortalité féminine toutes causes

Zone (code INSEE)	Décès cumulés observés dans le Nord - Pas-de-Calais	Indice Comparatif de Mortalité (France=100)	Différence significative entre les décès observés et attendus (France)	Indice Comparatif de Mortalité précoce (France=100)	Différence significative entre les décès précoces observés et attendus (France)
Arras	3171	117,585	oui	122,284	oui
Aire urbaine d'Arras	1502	109,177	oui	118,742	oui
Aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise	180	120,966	oui	149,988	-
Commune à dominante rurale	946	132,031	oui	142,151	oui
Communes multipolarisées	543	119,151	oui	101,267	-
Cambrai	2479	130,41	oui	132,796	oui
Aire urbaine de Cambrai	864	117,882	oui	111,809	-
Aire urbaine de Caudry	246	140,908	oui	160,553	oui
Commune à dominante rurale	642	137,438	oui	149,518	oui
Communes multipolarisées	727	138,134	oui	138,785	oui
Avesnes	3229	124,358	oui	121,459	oui
Aire urbaine de Maubeuge	1455	122,391	oui	132,388	oui
Aire urbaine d'Aulnoye-Aymerie	230	105,652	-	104,713	-
Aire urbaine de Fourmies	269	119,165	oui	128,25	-
Commune à dominante rurale	519	118,657	oui	102,668	-
Communes multipolarisées	756	143,481	oui	112,385	-
SUDS DU NORD	8879	123,418	oui	124,642	oui
HORS SUD DU NORD	43182	116,744	oui	129,747	oui
REGION	52061	117,831	oui	128,951	oui

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

L'état de santé Les causes de mortalité

SURMORTALITÉ VIS-À-VIS DE LA FRANCE, SOUS-MORTALITÉ PAR RAPPORT AUX VALEURS RÉGIONALES

Cette dégradation sanitaire doit cependant être pondérée. En effet, les ICM toutes causes de l'ensemble du territoire des *Suds du Nord* n'atteignent jamais de façon patente¹ en mortalité globale ou précoce, chez les hommes comme chez les femmes, les valeurs moyennes régionales, et encore moins celles des espaces hors *Suds du Nord*. Ceci atteste donc, non seulement du préjudice sanitaire global qui affecte l'ensemble de la région, mais rappelle aussi que ces handicaps s'intensifient dans les espaces urbains, surtout lorsque leurs populations ont été durablement exposées aux effets de la crise sociale².

S'il existe, dans la région, d'autres espaces affectés d'indicateurs sanitaires plus dégradés, il ne convient sans doute pas de conclure que les *Suds du Nord* ne doivent pas faire l'objet de mesures adaptées ou plus encore bénéficier de l'action de la politique de Santé Publique régionale.

UN MIEUX À ARRAS, UN ENJEU À CAMBRAI

À l'échelle du territoire enquêté, il n'apparaît pas de liens systématiques entre une dégradation dans les aires urbaines et une amélioration dans les espaces ruraux, bien que ce lien soit connu à l'échelle de la région.

En revanche, c'est à l'échelle des arrondissements qu'une répartition spatiale se dessine.

Pour les deux sexes, les territoires inclus dans l'arrondissement de Cambrai ont des ICM supérieurs aux ICM moyens du périmètre étudié. En particulier, l'aire urbaine de Caudry est très nettement surexposée (ICM précoce masculin de 189,9 et féminin de 160,5), au-delà même des valeurs moyennes régionales.

À l'opposé, l'arrondissement d'Arras se trouve dans une situation relativement privilégiée, bien que se situant toujours en deçà des valeurs moyennes françaises. L'aire urbaine de la Préfecture et l'auréole multipolarisée ont systématiquement des ICM plus bas.

Les territoires de l'arrondissement d'Avesnes se placent dans une position intermédiaire toujours très voisine des valeurs de l'ensemble des *Suds du Nord*. Seule l'aire de Maubeuge correspond à une dégradation sensible des valeurs.

Les tumeurs, un décès sur quatre

L'ensemble des tumeurs représentent à elles seules plus de 1 600 décès par an. Leur fréquence au sein de la population est nettement inférieure à celle du Nord - Pas-de-Calais, mais excède une fois encore les valeurs moyennes françaises.

Dans l'ensemble, il n'apparaît pas de problématique spécifique dans la population féminine, exception faite de l'aire urbaine de Maubeuge.

C'est donc parmi les hommes que se trouvent les enjeux de santé.

¹ Seul l'ICM féminin de mortalité "tous âges" dépasse la valeur régionale et celle du hors *Suds du Nord*.

² Lacoste O, Spinosi L, Declercq C, alii. *L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais*. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 1996 ; 191 p.

Sampil M, Lacoste O, Declercq C. *Territoires urbains et santé*. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 1998 ; 62 p. + annexes.

Lacoste O, Spinosi L, Le Niniven S, Poirier G, Jeantet M. *Le Littoral Nord - Pas-de-Calais, milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives*. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2000 ; 221 p.

Tableau 13 : Mortalité masculine par tumeurs

Zone (code INSEE)	Décès cumulés observés dans le Nord - Pas-de-Calais	Indice Comparatif de Mortalité (France=100)	Différence significative entre les décès observés et attendus (France)	Indice Comparatif de Mortalité précoce (France=100)	Différence significative entre les décès précoces observés et attendus (France)
Arras	1026	105,107	-	110,035	-
Aire urbaine d'Arras	507	102,617	-	108,642	-
Aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise	52	105,692	-	119,678	-
Commune à dominante rurale	258	100,33	-	88,913	-
Communes multipolarisées	209	118,93	oui	139,52	oui
Cambrai	824	126,553	oui	143,137	oui
Aire urbaine de Cambrai	316	134,171	oui	156,209	oui
Aire urbaine de Caudry	84	152,955	oui	181,92	oui
Commune à dominante rurale	187	112,116	-	122,92	-
Communes multipolarisées	237	122,24	oui	131,919	oui
Avesnes	1099	115,986	oui	131,142	oui
Aire urbaine de Maubeuge	521	116,522	oui	135,821	oui
Aire urbaine d'Aulnoye-Aymerie	104	120,233	-	139,043	-
Aire urbaine de Fourmies	91	127,098	oui	128,755	-
Commune à dominante rurale	166	108,645	-	131,129	oui
Communes multipolarisées	217	114,505	-	116,442	-
SUDS DU NORD	2949	114,534	oui	126,364	oui
HORS SUDS DU NORD	16306	131,301	oui	147,036	oui
REGION	19255	128,422	oui	143,673	oui

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

Tableau 14 : Mortalité féminine par tumeurs

Zone (code INSEE)	Décès cumulés observés dans le Nord - Pas-de-Calais	Indice Comparatif de Mortalité (France=100)	Différence significative entre les décès observés et attendus (France)	Indice Comparatif de Mortalité précoce (France=100)	Différence significative entre les décès précoces observés et attendus (France)
Arras	669	104,505	-	122,093	oui
Aire urbaine d'Arras	332	100,471	-	113,681	-
Aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise	31	92,643	-	175,301	-
Commune à dominante rurale	181	110,011	-	126,707	-
Communes multipolarisées	125	111,879	-	129,133	-
Cambrai	518	114,623	oui	105,549	-
Aire urbaine de Cambrai	170	99,572	-	91,348	-
Aire urbaine de Caudry	49	121,121	-	160,164	-
Commune à dominante rurale	129	114,694	-	114,772	-
Communes multipolarisées	170	132,545	oui	99,976	-
Avesnes	695	110,669	oui	101,742	-
Aire urbaine de Maubeuge	325	110,52	-	123,554	oui
Aire urbaine d'Aulnoye-Aymerie	49	87,733	-	74,26	-
Aire urbaine de Fourmies	66	129,544	oui	105,64	-
Commune à dominante rurale	106	103,762	-	72,727	-
Communes multipolarisées	149	119,223	oui	78,908	-
SUDS DU NORD	1882	109,414	oui	110,164	oui
HORS SUDS DU NORD	10121	114,571	oui	119,63	oui
REGION	12003	113,731	oui	118,126	oui

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

L'état de santé Les causes de mortalité

PLUS DE CANCERS BRONCHO-PULMONAIRES DANS L'AVESNOIS ET LE CAMBRÉSIS

L'arrondissement d'Arras se trouve dans une situation relativement privilégiée ; les cancers des bronches, de la plèvre et du poumon n'ayant pas représenté, durant les trois années retenues, une problématique particulièrement préoccupante.

En revanche, ces cancers ont été responsables d'un nombre anormalement élevé de décès dans les deux arrondissements de Cambrai (de façon assez diffuse) et d'Avesnes-sur-Helpe. Les zones de surmortalité les plus patentes se trouvent rassemblées dans l'aire urbaine de Maubeuge (ICM de 136,1 et ICM précoce de 144,2), l'aire urbaine de Fourmies (ICM de 154,0), et dans la zone rurale (ICM précoce de 166,0).

Un territoire globalement très affecté par la mortalité alcoolique

Les *Suds du Nord*, comme l'ensemble du Nord - Pas-de-Calais, constituent un ensemble territorial anormalement exposé à la mortalité induite par une consommation immodérée de boissons alcoolisées.

Quoique l'effectif total des décès (277 décès par an), pour les trois groupes que sont les

cancers des voies aéro-digestives supérieures, les cirrhoses (alcooliques ou sans précision) et les psychoses alcooliques, soit relativement minime, la totalité des ICM se situe au-dessus de la valeur moyenne française.

À ce titre, la situation sanitaire des *Suds du Nord* appelle des mesures ciblées et adaptées aux situations locales. Celles-ci peuvent relever de la prévention et/ou de la prise en charge des personnes, mais devraient tenir compte des phénomènes de concentration (au sens statistique) ; c'est-à-dire de l'existence très probable de sous-populations.

Il est en effet démontré et admis¹ que, dans le Nord - Pas-de-Calais, la surmortalité attribuable à la consommation de boissons alcoolisées n'est pas corrélée à une surconsommation moyenne d'alcool. Le comportement de la population n'est en rien homogène et, si certains consomment peu ou sont abstinents, d'autres ont des comportements à risque les plaçant dans un état de dépendance très sévère.

Les tableaux récapitulatifs démontrent que, si les arrondissements de Cambrai et Maubeuge sont encore plus sévèrement touchés (ICM masculin de 297,4 et ICM précoce de 449,2 dans l'aire urbaine de Caudry ou ICM féminin à 286,8 et ICM précoce de 428,0 pour l'aire urbaine de Fourmies), l'ampleur de la mortalité alcoolique s'étend à l'ensemble des *Suds du Nord*.

Tableau 15 : Mortalité masculine explicitement liée à l'alcool
(Cirrhose, psychoses alcooliques et tumeurs des VADS)

Zone (code INSEE)	Décès cumulés observés dans le Nord - Pas-de-Calais	Indice Comparatif de Mortalité (France=100)	Différence significative entre les décès observés et attendus (France)	Indice Comparatif de Mortalité précoce (France=100)	Différence significative entre les décès précoces observés et attendus (France)
Arras	209	127,834	oui	131,083	oui
Aire urbaine d'Arras	104	121,8	-	131,096	oui
Aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise	11	145,712	-	145,069	-
Commune à dominante rurale	46	112,375	-	99,13	-
Communes multipolarisées	48	162,036	oui	168,995	oui
Cambrai	181	164,334	oui	196,69	oui
Aire urbaine de Cambrai	60	147,911	oui	178,284	oui
Aire urbaine de Caudry	28	297,417	oui	449,203	oui
Commune à dominante rurale	44	158,219	oui	183,441	oui
Communes multipolarisées	49	151,457	oui	156,191	oui
Avesnes	249	151,374	oui	158,532	oui
Aire urbaine de Maubeuge	113	141,833	oui	156,144	oui
Aire urbaine d'Aulnoye-Aymerie	25	169,198	oui	175,446	-
Aire urbaine de Fourmies	25	209,135	oui	246,033	oui
Commune à dominante rurale	37	144,296	oui	154,77	-
Communes multipolarisées	49	150,996	oui	128,866	-
SUDS DU NORD	639	145,848	oui	157,862	oui
HORS SUDS DU NORD	3942	180,831	oui	200,959	oui
REGION	4581	174,977	oui	193,973	oui

Source : INSERM. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

¹ Lacoste O, Spinosi L, Sampil M, alii. *Tableau de bord de l'alcoolisme dans le Nord - Pas-de-Calais*. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2000 ; 119 p. + annexes.

Tableau 16 : Mortalité féminine explicitement liée à l'alcool
(Cirrhose, psychoses alcooliques et tumeurs des VADS)

Zone (code INSEE)	Décès cumulés observés dans le Nord - Pas-de-Calais	Indice Comparatif de Mortalité (France=100)	Différence significative entre les décès observés et attendus (France)	Indice Comparatif de Mortalité précoce (France=100)	Différence significative entre les décès précoces observés et attendus (France)
Arras	51	112,952	-	126,402	-
Aire urbaine d'Arras	28	115,29	-	137,142	-
Aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise	3	136,307	-	178,124	-
Commune à dominante rurale	13	120,803	-	131,632	-
Communes multipolarisées	7	88,575	-	70,922	-
Cambrai	61	191,48	oui	224,612	oui
Aire urbaine de Cambrai	20	164,361	oui	180,331	-
Aire urbaine de Caudry	4	140,362	-	197,034	-
Commune à dominante rurale	18	230,289	oui	296,398	oui
Communes multipolarisées	19	210,578	oui	234,419	oui
Avesnes	81	177,564	oui	229,014	oui
Aire urbaine de Maubeuge	42	190,767	oui	237,769	oui
Aire urbaine d'Aulnoye-Aymerie	4	96,905	-	89,343	-
Aire urbaine de Fourmies	10	286,788	-	428,058	oui
Commune à dominante rurale	12	169,469	-	213,921	-
Communes multipolarisées	13	145,979	-	205,695	-
SUDS DU NORD	193	157,389	oui	190,208	oui
HORS SUDS DU NORD	1482	232,635	oui	282,447	oui
REGION	1675	220,489	oui	267,799	oui

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

Tableau 17 : Mortalité masculine par cancers des voies aéro-digestives supérieures
(VADS)

Zone (code INSEE)	Décès cumulés observés dans le Nord - Pas-de-Calais	Indice Comparatif de Mortalité (France=100)	Différence significative entre les décès observés et attendus (France)	Indice Comparatif de Mortalité précoce (France=100)	Différence significative entre les décès précoces observés et attendus (France)
Arras	88	122,496	-	120,136	-
Aire urbaine d'Arras	39	104,435	-	94,059	-
Aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise	3	89,589	-	118,327	-
Commune à dominante rurale	21	115,835	-	65,754	-
Communes multipolarisées	25	192,047	oui	269,741	oui
Cambrai	84	173,829	oui	186,525	oui
Aire urbaine de Cambrai	27	152,091	oui	192,211	oui
Aire urbaine de Caudry	13	315,945	oui	527,21	oui
Commune à dominante rurale	16	130,78	-	107,815	-
Communes multipolarisées	28	196,88	oui	144,429	-
Avesnes	110	152,565	oui	159,355	oui
Aire urbaine de Maubeuge	47	134,99	-	123,023	-
Aire urbaine d'Aulnoye-Aymerie	15	230,827	oui	283,517	oui
Aire urbaine de Fourmies	11	208,777	oui	280,893	oui
Commune à dominante rurale	17	150,681	-	163,454	-
Communes multipolarisées	20	140,512	-	150,472	-
SUDS DU NORD	282	146,674	oui	151,627	oui
HORS SUDS DU NORD	1744	183,553	oui	208,544	oui
REGION	2026	177,346	oui	199,28	oui

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

Les cardiopathies ischémiques : une cause de surmortalité territorialement contrastée

La mortalité attribuée aux cardiopathies ischémiques (dont font partie les infarctus du myocarde) représente un peu moins de 550

décès par an dans l'ensemble des *Suds du Nord*.

Leur répartition présente des différences marquées selon qu'il s'agit de la mortalité masculine ou féminine.

Chez les hommes, les poches de franches surmortalités précoces ne se situent que dans les deux petites aires urbaines de Saint-Pol-sur-

L'état de santé Les causes de mortalité

Ternoise et surtout celle de Caudry. Ailleurs, bien qu'il n'existe pas de zone de sous-mortalité, l'ICM précoce de l'ensemble des *Suds du Nord* est de 137,7 ; les valeurs restent supérieures à celles de la France, mais inférieures à celles du Nord – Pas-de-Calais.

Chez les femmes, la distribution spatiale de la mortalité précoce met clairement en avant une opposition centre/périphérie. En effet, il

apparaît une double tendance associant élévation des ICM dans les zones rurales et multipolarisées, et une diminution de ces mêmes ICM pour les populations des aires urbaines. Devant une telle cartographie, l'éventualité d'un effet lié à l'accessibilité aux soins ne peut être formellement exclue. La population féminine a, presque systématiquement, bien moins accès à la mobilité spatiale que les hommes.

Tableau 18 : Mortalité masculine par cardiopathies ischémiques

Zone (code INSEE)	Décès cumulés observés dans le Nord - Pas-de-Calais	Indice Comparatif de Mortalité (France=100)	Différence significative entre les décès observés et attendus (France)	Indice Comparatif de Mortalité précoce (France=100)	Différence significative entre les décès précoces observés et attendus (France)
Arras	304	110,929	-	112,069	-
Aire urbaine d'Arras	136	99,324	-	92,64	-
Aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise	23	156,324	-	200,16	-
Commune à dominante rurale	83	112,789	-	109,39	-
Communes multipolarisées	62	126,995	-	152,62	-
Cambrai	240	132,676	oui	155,346	oui
Aire urbaine de Cambrai	83	127,691	oui	128,96	-
Aire urbaine de Caudry	17	112,739	-	235,57	oui
Commune à dominante rurale	59	127,134	-	133,26	-
Communes multipolarisées	81	148,885	oui	184,49	oui
Avesnes	354	136,346	oui	150,877	oui
Aire urbaine de Maubeuge	184	152,669	oui	163,16	oui
Aire urbaine d'Aulnoye-Aymerie	29	122,738	-	191,15	-
Aire urbaine de Fourmies	27	134,535	-	119,17	-
Commune à dominante rurale	50	117,496	-	109,59	-
Communes multipolarisées	64	121,073	-	144,93	-
SUDS DU NORD	898	125,669	oui	137,707	oui
HORS SUDS DU NORD	4662	137,202	oui	153,561	oui
REGION	5560	135,198	oui	150,979	oui

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

Tableau 19 : Mortalité féminine par cardiopathies ischémiques

Zone (code INSEE)	Décès cumulés observés dans le Nord - Pas-de-Calais	Indice Comparatif de Mortalité (France=100)	Différence significative entre les décès observés et attendus (France)	Indice Comparatif de Mortalité précoce (France=100)	Différence significative entre les décès précoces observés et attendus (France)
Arras	264	122,535	oui	141,236	-
Aire urbaine d'Arras	128	118,35	-	110,01	-
Aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise	13	107,807	-	0	-
Commune à dominante rurale	76	129,712	oui	221,57	-
Communes multipolarisées	47	128,261	-	172,58	-
Cambrai	200	132,587	oui	185,394	-
Aire urbaine de Cambrai	72	124,929	-	73,31	-
Aire urbaine de Caudry	16	116,615	-	161,61	-
Commune à dominante rurale	57	152,411	oui	291,75	-
Communes multipolarisées	55	130,665	-	256,25	-
Avesnes	283	138,453	oui	185,427	oui
Aire urbaine de Maubeuge	110	118,713	-	197,73	-
Aire urbaine d'Aulnoye-Aymerie	23	133,92	-	0	-
Aire urbaine de Fourmies	21	116,763	-	130,72	-
Commune à dominante rurale	57	163,468	oui	322,37	oui
Communes multipolarisées	72	172,613	oui	154,19	-
SUDS DU NORD	747	130,893	oui	169,297	oui
HORS SUDS DU NORD	3766	129,3	oui	172,342	oui
REGION	4513	129,561	oui	171,854	oui

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

Les suicides, leurs campagnes et l'anomalie de l'aire urbaine de Cambrai

L'effectif des décès par suicide n'est que de 150 par an. Il ne peut en rien être représentatif de la prévalence réelle des comportements suicidaires puisque, même si ceux-ci restent encore relativement méconnus, il a été démontré que, globalement, le profil des personnes ayant attenté à leurs jours¹ ne correspondait en rien, en moyenne toujours, au type de population venant à décéder d'un suicide. En Europe de l'Ouest, il s'agit majoritairement d'hommes âgés vivant en milieu rural.

Ce lien se retrouve presque parfaitement. La mortalité masculine est bien notablement plus élevée, en nombre mais aussi en ICM, à la mortalité féminine. De plus, Arras et Cambrai, qui sont les deux ensembles les plus ruraux,

connaissent des ICM supérieurs à ceux de l'arrondissement d'Avesnes-sur-Helpe, supérieurs à la moyenne du territoire étudié, supérieurs à ceux de la région ainsi qu'aux ICM moyens français. Dans le détail, les zones rurales et les zones multipolarisées ont, elles aussi, des ICM plus forts.

Tout fonctionne donc comme si, ici comme ailleurs, la ruralité était liée à une ampleur accrue de la mortalité par suicide. Ceci semble être effectivement le cas. Cependant, il convient de souligner les exceptions tout à fait remarquables des aires urbaines de Saint-Pol-sur-Ternoise et de Caudry d'une part (dont les ICM ne sont pas significatifs), et d'autre part, de l'aire urbaine de Cambrai dont l'ICM masculin atteint 158,4 et l'ICM précoce monte à 174,4 et même 225,9 chez les femmes de moins de 65 ans. Il y a là, manifestement, une anomalie majeure qui mérite quelques attentions.

¹ Essentiellement des jeunes filles vivant en milieu urbain.

L'état de santé Les causes de mortalité

Tableau 20 : Mortalité masculine par suicide

Zone (code INSEE)	Décès cumulés observés dans le Nord - Pas-de-Calais	Indice Comparatif de Mortalité (France=100)	Différence significative entre les décès observés et attendus (France)	Indice Comparatif de Mortalité précoce (France=100)	Différence significative entre les décès précoces observés et attendus (France)
Arras	146	161,583	oui	151,055	oui
Aire urbaine d'Arras	68	139,607	oui	137,119	oui
Aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise	7	162,386	-	165,182	-
Commune à dominante rurale	45	210,505	oui	181,386	oui
Communes multipolarisées	26	162,906	oui	153,107	-
Cambrai	96	158,538	oui	166,625	oui
Aire urbaine de Cambrai	36	158,4	oui	174,387	oui
Aire urbaine de Caudry	10	186,373	-	196,259	-
Commune à dominante rurale	25	167,868	oui	202,513	oui
Communes multipolarisées	25	142,307	-	116,565	-
Avesnes	109	121,35	-	134,056	oui
Aire urbaine de Maubeuge	46	104,577	-	120,744	-
Aire urbaine d'Aulnoye-Aymerie	9	114,217	-	119,963	-
Aire urbaine de Fourmies	6	92,679	-	105,452	-
Commune à dominante rurale	16	116,502	-	129,07	-
Communes multipolarisées	32	180,295	oui	188,29	oui
SUDS DU NORD	351	145,805	oui	148,535	oui
HORS SUDS DU NORD	1560	122,712	oui	123,914	oui
REGION	1911	126,388	oui	127,707	oui

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

Tableau 21: Mortalité féminine par suicide

Zone (code INSEE)	Décès cumulés observés dans le Nord - Pas-de-Calais	Indice Comparatif de Mortalité (France=100)	Différence significative entre les décès observés et attendus (France)	Indice Comparatif de Mortalité précoce (France=100)	Différence significative entre les décès précoces observés et attendus (France)
Arras	48	144,66	oui	165,146	oui
Aire urbaine d'Arras	22	120,199	-	136,535	-
Aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise	3	188,629	-	190,355	-
Commune à dominante rurale	14	185,396	oui	227,096	oui
Communes multipolarisées	9	156,889	-	178,025	-
Cambrai	30	130,839	-	153,235	-
Aire urbaine de Cambrai	17	191,445	oui	225,904	oui
Aire urbaine de Caudry	3	143,273	-	138,228	-
Commune à dominante rurale	5	90,251	-	81,016	-
Communes multipolarisées	5	77,94	-	115,874	-
Avesnes	31	92,322	-	88,696	-
Aire urbaine de Maubeuge	17	102,93	-	108,803	-
Aire urbaine d'Aulnoye-Aymerie	1	33,571	-	48,311	-
Aire urbaine de Fourmies	4	158,668	-	174,356	-
Commune à dominante rurale	3	59,003	-	29,039	-
Communes multipolarisées	6	92,626	-	66,755	-
SUDS DU NORD	109	121,532	-	133,122	oui
HORS SUDS DU NORD	536	110,448	oui	109,703	-
REGION	645	112,177	oui	113,275	oui

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

Les soins Offre, recours et comportements

Le comportement signifie ici la manière dont la population utilise l'offre de soins. L'étude s'appuie sur trois sources de données :

- La première provient des informateurs-clés qui apportent leur point de vue sur ce qui caractérise la population de leur territoire (ce qui constitue un ensemble de pistes que nous tenterons d'infirmier ou de confirmer à partir des deux autres sources de données).
- La seconde source est le Programme de Médicalisation du Système d'Information fourni par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Cette source rassemble l'ensemble des séjours des établissements publics et privés des *Suds du Nord*, leur provenance, leur groupe de diagnostic (médecine, chirurgie, obstétrique) et leur lourdeur. Particulièrement riche, elle a été exploitée sous un angle territorial, en mettant en regard le point de vue de la population et celui des établissements pour les mêmes indicateurs. Ainsi, comment la population d'un même territoire utilise-t-elle les établissements de santé et pour quel groupe de pathologie ? Cette population se comporte-t-elle de la même manière à l'intérieur et à l'extérieur de son territoire ? Semble-t-elle fuir ses propres structures de soins ? Et d'autres questions encore auxquelles ce diagnostic tente de répondre.
- La troisième source provient des données socio-économiques de l'INSEE.

Comportements des usagers du système de santé

Concernant les comportements des usagers du système de santé des *Suds du Nord*, les informateurs-clés réaffirment les mêmes caractéristiques que dans le chapitre "territoire". La population est avant tout très peu mobile, et c'est en toute logique qu'elle a principalement recours à des soins de proximité.

"Les gens se font soigner à l'hôpital ou à la clinique, très peu vont à Lille." Fourmies.

"Lorsque les habitants ont besoin de se faire soigner, ils s'orientent vers des médecins ou des établissements proches de leur lieu d'habitation ou de travail." Saint-Pol-sur-Ternoise.
"Les habitants se caractérisent par une faible mobilité." Cambrai, Maubeuge.

Le deuxième point le plus récurrent relativement aux comportements de la population, est le faible recours aux soins ou le recours tardif aux soins ; ce qui a pour conséquence une aggravation de l'état de santé de la population, que les informateurs-clés semblent retrouver dans les structures de prise en charge.

"La population ne vient pas pour le bobo, pas de visites au préalable, on rentre des pathologies lourdes." Cambrai.

"Faible recours aux soins. Conséquences : beaucoup de besoins non satisfaits." ; "C'est une population qui pose problème." Arras.

"Les habitants ont un recours tardif aux soins ; accès aux soins précaire, dont l'origine semble être un phénomène culturel et psychologique, ce n'est pas une habitude d'aller chez le médecin." Caudry.

"Il y a le sentiment que les gens ne se soignent pas et vivent avec leurs maux." Maubeuge.

La problématique des transports individuels et collectifs est positionnée comme un critère majeur de facilitation du recours aux soins de la population.

Même si les caractéristiques sont associées au caractère rural de la population (qui lui confère une culture dite "dure, face à la maladie"), c'est notamment au travers de ses aspects culturels que les informateurs-clés constatent un développement des problèmes de comportements alimentaires.

CELUI QUI CONSOMME N'EST PAS TOUJOURS CELUI QU'ON ATTENDAIT

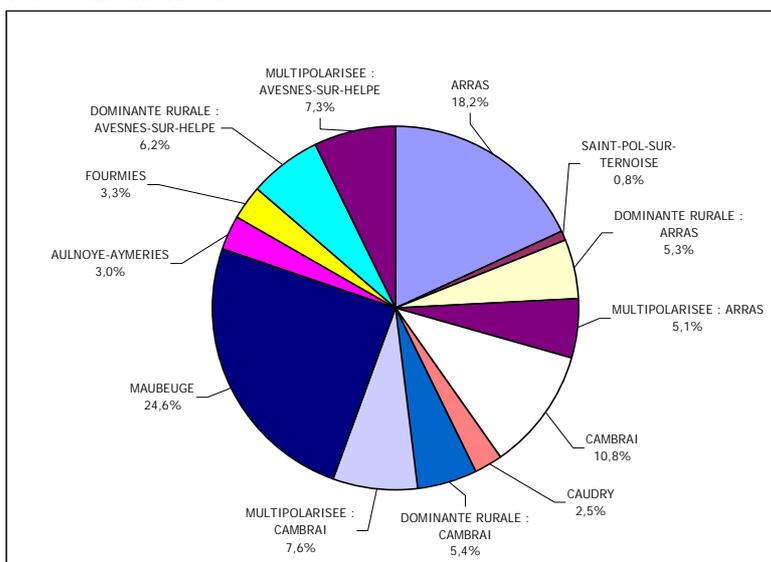
La répartition de ce que consomme chaque population de chaque zone des *Suds du Nord* apporte une première représentation de l'utili-

sation du système hospitalier dans ce territoire.

À première vue, semble bien apparaître le poids démographique de chacune des zones. Cependant, les disparités apparaissent déjà sur les principales zones urbaines. Effectivement,

la population de l'aire urbaine de Maubeuge est moins importante en nombre que celle de l'aire urbaine d'Arras, or sa part de consommation de soins est supérieure. Ces différences présupposent des comportements particuliers en termes de recours aux soins.

Graphique 1 : Répartition de la consommation de soins dans les Suds du Nord



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

La comparaison entre la consommation et le poids de la population de chaque zone entérine l'hypothèse précédente.

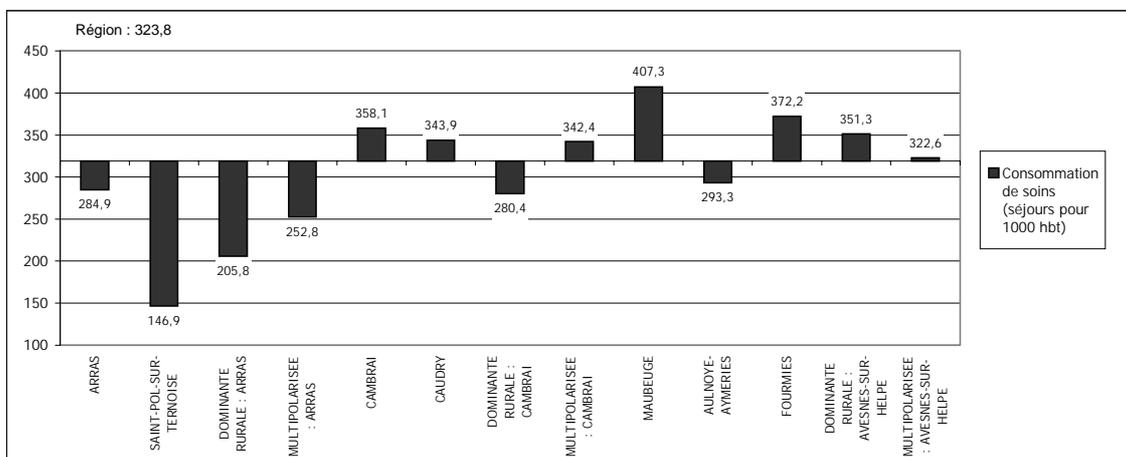
La manière dont la population des Suds du Nord utilise le système de soins est très différente d'une zone à l'autre. Les fluctuations autour de la valeur moyenne des Suds du Nord en sont la démonstration.

À CHAQUE TERRITOIRE SA CONSOMMATION DE SOINS

Tout d'abord, le groupe d'histogrammes composé par l'arrondissement d'Arras présente un recours aux soins très faible par rapport à celui des autres arrondissements et de la région.

L'aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise présente la consommation de soins pour 1 000 habitants la plus faible de tout ce territoire, viennent ensuite la dominante rurale et l'aire multipolarisée de cet arrondissement.

Graphique 2 : Consommation de soins (part du nombre de séjours pour 1 000 habitants) dans les Suds du Nord



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

Les soins Offre, recours et comportements

L'aire urbaine d'Arras rééquilibre l'arrondissement en rejoignant quasiment la moyenne. Compte tenu du fait que l'aire urbaine d'Arras concentre la majorité des structures de soins, la seule observation de cet histogramme laisserait présupposer que la sédentarité de la population et les contraintes de transports, dont parlent les informateurs-clés, se manifestent déjà au travers de cette utilisation faible du système de santé.

Concernant l'arrondissement d'Avesnes, la situation apparaît opposée.

L'aire urbaine de Maubeuge présente la consommation de soins pour 1 000 habitants la plus importante des *Suds du Nord*. Elle est nettement supérieure aux autres aires de cet arrondissement qui sont pourtant déjà au-dessus de la moyenne des *Suds du Nord* et de la région (à part un cas particulier).

La faiblesse de la consommation de l'aire urbaine d'Aulnoye-Aymeries constitue presque une anomalie dans cet arrondissement, compte tenu de sa promiscuité avec l'aire de Maubeuge.

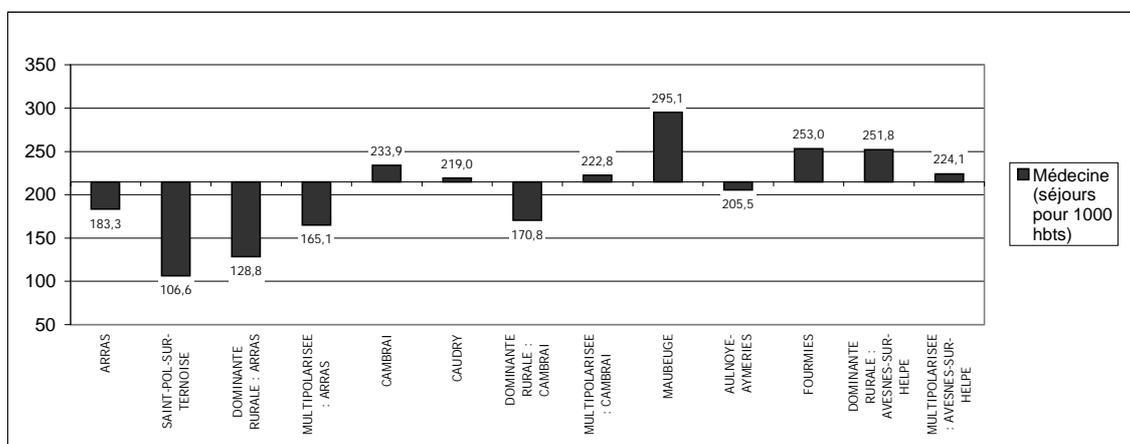
Déjà, au vu de ces profils de consommation, le sentiment de faible recours ou de non-recours aux soins des informateurs-clés n'apparaît plus évident en ce qui concerne l'arrondissement d'Avesnes.

Enfin, même si les histogrammes de l'arrondissement de Cambrai semblent nuancés par les deux autres groupes d'histogrammes, les valeurs restent particulièrement élevées et constantes dans l'arrondissement, à l'exception de la dominante rurale qui montre une faible consommation de soins pour 1 000 habitants. Ce dernier point pose la question de l'accès aux soins de cette population qui semble isolée dans son arrondissement.

QUELQUES PICS DE MÉDECINE POUR LES UNS...

La répartition de la consommation de soins, selon qu'il s'agit de soins de médecine, d'obstétrique ou de gynécologie-obstétrique, apporte de nouvelles informations.

Graphique 3 : Consommation de soins de médecine (part du nombre de séjours pour 1 000 habitants) dans les Suds du Nord



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

La répartition de la consommation de soins de médecine semble similaire à celle de la consommation générale. Il n'est pas étonnant que les nuances soient plus faibles, le nombre de séjours de médecine est le plus important des trois groupes de spécialités abordés dans ce chapitre.

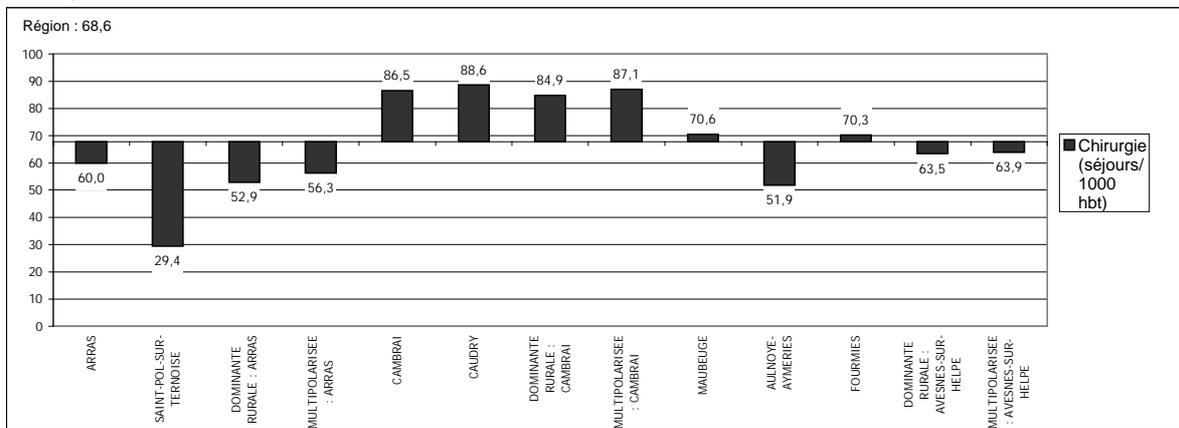
En premier lieu, ce qui est significatif, c'est le maintien d'un pic important de la consommation de soins pour l'aire urbaine de Maubeuge. Ce pic semble bien dû à une consommation de soins de médecine.

En second lieu, l'une des nuances majeures est la diminution des histogrammes de l'arrondissement de Cambrai sauf pour la dominante rurale. Les excès de consommation de la population de Cambrai semblent se porter sur d'autres groupes de spécialités.

Enfin, l'arrondissement d'Arras maintient sa faiblesse de consommation en ce qui concerne les soins de médecine.

... ET DES SOMMETS DE CHIRURGIE POUR LES AUTRES

Graphique 4 : Consommation de soins de chirurgie (part du nombre de séjours pour 1 000 habitants) dans les Suds du Nord



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

Tout d’abord, la partie la plus surprenante de l’histogramme concernant la consommation de soins de chirurgie est l’ensemble de pics réguliers composés par les histogrammes de l’arrondissement de Cambrai. Ainsi, les zones de cet arrondissement présentent sans exception un excès de consommation de soins de chirurgie pour 1 000 habitants par rapport à l’ensemble des Suds du Nord et par rapport à la région. Cet excès de soins de chirurgie questionne le manque de recours aux soins précisé par les informateurs-clés. Néanmoins, il pourrait peut-être s’agir (comme certains l’ont précisé) d’un recours plus tardif aux soins, et ainsi plus important, les pathologies étant plus lourdes. L’offre de soins de cette zone est également à analyser pour identifier s’il s’agit d’un comportement particulier de la population ou l’effet d’influences d’autres facteurs. L’exception qu’était la dominante rurale

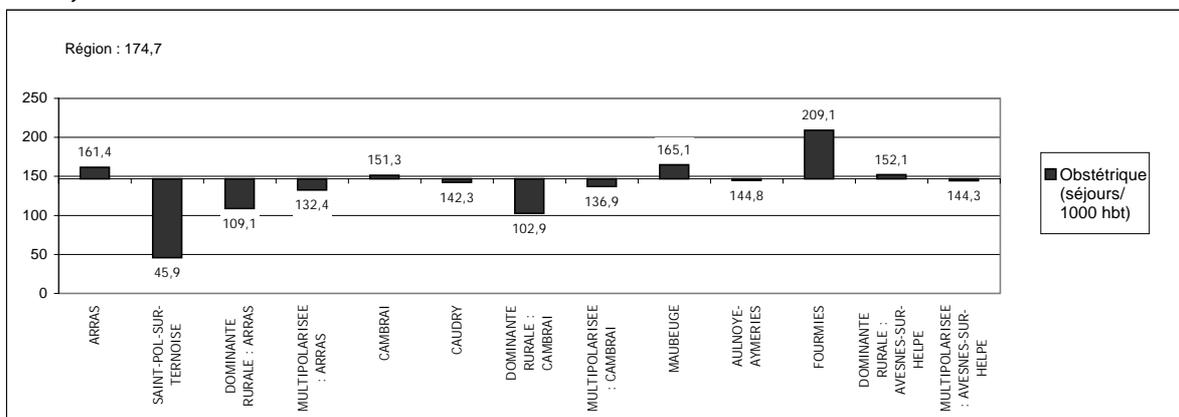
de cet arrondissement pour les soins de médecine, n’apparaît plus pour la chirurgie. Cette sous-population semble donc avoir plus facilement accès aux soins de chirurgie qu’à ceux de médecine.

Ensuite, le pic de consommation de Maubeuge a disparu et l’ensemble des histogrammes des zones de l’arrondissement d’Avesnes a été "tiré" vers le bas. Contrairement aux soins de médecine, le recours aux soins de chirurgie est plus modéré voire très faible pour l’aire urbaine d’Aulnoye-Aymeries qui reste l’exception dans cet arrondissement.

Enfin, pour les soins de chirurgie comme pour ceux de médecine, l’arrondissement d’Arras conserve ses caractéristiques de faible recours aux soins pour l’ensemble des zones.

UNE FAIBLESSE DE CONSOMMATION GÉNÉRALISÉE POUR LE DERNIER

Graphique 5 : Consommation de soins d’obstétrique (part du nombre de séjours pour 1 000 habitants) dans les Suds du Nord



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

Tout d'abord, la consommation de soins d'obstétrique est, comparée aux autres groupes de spécialités, celle qui est la plus en dessous de la consommation moyenne régionale. Globalement, on a moins recours à ce type de soins dans les *Suds du Nord* que dans le reste de la région.

Ensuite, l'aire urbaine de Fourmies présente le recours aux soins pour 1 000 habitantes âgées de 15 à 49 ans, le plus élevé des *Suds du Nord* ; ce qui contraste avec le reste de l'arrondissement d'Avesnes qui a le plus fort taux de natalité du territoire.

Enfin, même si les aires urbaines d'Arras et de Cambrai sont légèrement au-dessus de la moyenne des *Suds du Nord*, l'arrondissement d'Arras conserve la forme des histogrammes, tandis que celui de Cambrai apparaît tiré vers le bas par rapport aux histogrammes de la consommation totale pour 1 000 habitants. On retrouve aussi l'exception de la dominante rurale de Cambrai qui semble isolée par rapport à la population des autres aires de cet arrondissement.

Ainsi, concernant l'obstétrique, certaines remarques des informateurs-clés portant sur le manque de suivi des grossesses (Maubeuge) ou la présence de pathologies avancées (rural Arras) peuvent correspondre avec ce faible recours aux soins.

Des tendances fortes par arrondissement qui mettent en doute certains clichés

Certains éléments caractérisent déjà les comportements contrastés de la population des *Suds du Nord*.

AVESNES-SUR-HELPE

Au regard de celle des autres arrondissements, la population d'Avesnes est caractérisée par un excès de consommation de soins de médecine et une faiblesse en chirurgie et en obstétrique (sauf pour Fourmies qui, dans ce dernier cas, présente le recours le plus élevé). L'aire urbaine d'Aulnoye-Aymeries constitue aussi une exception par son faible recours aux soins de médecine et surtout de chirurgie, alors qu'elle bénéficie de la proximité de l'aire urbaine de Maubeuge. Les informateurs-clés ont mentionné plutôt un manque de recours aux soins ou un recours tardif. Si l'on s'appuie sur leurs remarques, on semble être, de prime abord, plutôt dans le cas de recours tardifs

aux soins pour ce qui est des soins de médecine (compte tenu de la consommation importante), et dans le cas d'un non-recours aux soins pour la chirurgie et l'obstétrique. Le manque de suivi des grossesses a également été souligné par les informateurs-clés ; ce qui correspond à la faible consommation d'obstétrique (Fourmies mis à part).

Les causes de ce comportement pourraient en partie correspondre aux raisons culturelles et aux problèmes de transports mentionnés par les informateurs-clés, mais ce qui est particulier c'est que l'excès se concentre sur les soins de médecine avec un pic dans l'aire urbaine de Maubeuge, et non sur les autres spécialités. Ainsi, selon la spécialité et le territoire, la population a parfois accès et parfois non, et soit les causes de ce comportement sont sans lien avec elle (à l'exception peut-être d'Aulnoye-Aymeries), soit elles sont corrélées à un excès de certaines pathologies qui modifie le recours aux soins.

CAMBRAI

L'arrondissement de Cambrai affiche une consommation très supérieure aux deux autres arrondissements et à celle de la région en soins de chirurgie. Il reste autour de la moyenne des *Suds du Nord* pour la médecine et l'obstétrique, mis à part la dominante rurale qui se singularise par sa faiblesse dans ces deux groupes de spécialités. Les informateurs-clés n'ont pas mentionné directement ce type de caractéristiques. Il est difficile à ce stade de l'étude d'identifier s'il s'agit d'un comportement culturel et inhérent à cette sous-population, ou si des facteurs externes influencent cette consommation de soins de chirurgie. Il peut s'agir, comme dans le cas précédent, de facteurs externes à la population, cela peut aussi être lié à la présence excessive de certaines pathologies sur l'arrondissement entier.

ARRAS

La caractéristique principale de l'arrondissement d'Arras est d'être constant dans les trois groupes de spécialités. Il s'agit d'une constante dans un recours aux soins particulièrement faible par rapport au reste des *Suds du Nord*. Cela laisse donc supposer que les causes de ce faible recours aux soins ne sont pas dépendantes du type de pathologie, on pourrait alors retrouver les aspects culturels et les problèmes de transports décrits par certains informateurs-clés.

Maternité chez les mineures...

Les Suds du Nord connaissent un pourcentage de mères jeunes (moins de 18 ans) important mais qui n'est pas réparti de façon uniforme. Ainsi, l'arrondissement d'Avesnes-sur-Helpe regroupe 1,95 % de ce type de naissance, avec des pics proches de 3 % sur les aires urbaines d'Aulnoye-Aymeries et Fourmies, alors que l'arrondissement d'Arras est en dessous de la moyenne régionale. Cambrai a une position médiane, au-dessus de la moyenne régionale, à l'exception de Caudry qui n'a que très peu de naissances de mères jeunes.

Le suivi des parturientes est, dans les Suds du Nord, légèrement moins bon que dans le reste de la région puisque 11,86 % des mères ont réalisé moins de 7 consultations prénatales. À nouveau, Arras se différencie du reste du territoire en étant en deçà de la moyenne régionale. A contrario, l'arrondissement de Cambrai est en tête avec ses 2 aires urbaines, Cambrai et Caudry. Contrairement aux idées reçues, c'est l'espace à dominante rurale qui a le plus faible taux de cet arrondissement.

Avesnes-sur-Helpe connaît sur son arrondissement des situations extrêmes : Aulnoye-Aymeries a le taux le plus fort du territoire en matière de mères ayant réalisé moins de 3 visites prénatales ainsi qu'un pourcentage relativement important de suivi inférieur aux 7 visites réglementaires (15,48 %) ; à l'opposé, Fourmies assure un large suivi de ses futures mères (7,86 % d'entre elles).

Les naissances avant terme (nouveau-nés de moins de 37 semaines) correspondent aux proportions de la région. Seule l'aire urbaine d'Aulnoye-Aymeries se particularise avec un taux élevé de 10,88 % de naissances avant le terme.

Au vu des informateurs-clés et des premiers éléments de ce chapitre, outre le groupe de spécialités, la consommation par rapport au poids de la population, la lourdeur des pathologies apparaissent être des éléments déterminants dans la composition du puzzle sur le comportement de la population.

La "lourdeur" des soins : un indicateur à manier avec prudence

À plusieurs reprises, les informateurs-clés ont évoqué la notion de "pathologies lourdes" affectant la population de leur territoire. Les descriptions précédentes n'abordent pas ce sujet mais posent parfois la question lorsque l'on constate un recours excessif aux soins, on peut alors supposer une aggravation de l'état de santé de la population. Cette aggravation de l'état de santé (et donc une présence importante de pathologies dites "lourdes"), peut être imputable au fait que le

patient attend longtemps avant de consulter et qu'il se rend dans la structure de soins le plus tard possible, voire en situation d'urgence. Ainsi peut-on présumer que la présence de pathologies lourdes est la signification d'un recours tardif aux soins. On peut également retenir l'hypothèse que ceci est dû au non-recours aux soins, mais cette hypothèse ne peut être vérifiée car la population n'est pas enregistrée dans le PMSI.

Pour éclairer la question de la lourdeur des pathologies, les indicateurs de mortalité peuvent être une première source d'information. La seconde apparaît au travers d'un critère du Programme de Médicalisation du Système d'Information.

Ainsi, un séjour est considéré comme "lourd" ou "léger" si les prises en charge qu'il décrit ont nécessité le recours, soit à une expertise médicale et/ou chirurgicale spécifique, soit à un plateau technique particulier.

Les soins Offre, recours et comportements

Tableau 22 : Répartition des séjours lourds et légers par zone

Lieu de domicile des patients	Part des séjours "lourds"	Part des séjours "légers"
Arras	13,7%	86,2%
Aire urbaine d'Arras	13,3%	86,6%
Aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise	14,8%	85,1%
Commune à dominante rurale	14,3%	85,5%
Communes multipolarisées	14,0%	85,9%
Cambrai	12,5%	87,3%
Aire urbaine de Cambrai	12,2%	87,8%
Aire urbaine de Caudry	11,6%	88,2%
Commune à dominante rurale	13,1%	86,6%
Communes multipolarisées	12,9%	86,9%
Avesnes	9,9%	90,0%
Aire urbaine de Maubeuge	9,2%	90,6%
Aire urbaine d'Aulnoye-Aymerie	11,9%	87,9%
Aire urbaine de Fourmies	10,2%	89,8%
Commune à dominante rurale	10,5%	89,4%
Communes multipolarisées	10,6%	89,2%
SUDS DU NORD	11,7%	88,2%
REGION	12,6%	87,1%

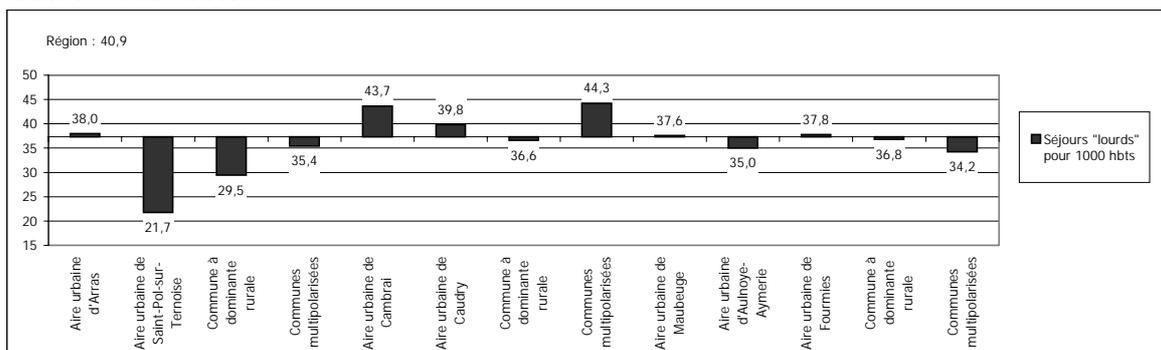
Source : ARH Nord – Pas-de-Calais. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Lorsque l'on observe, au sein des patients qui ont eu recours aux soins, la part de soins dits "lourds", on constate qu'en moyenne, elle diminue de l'arrondissement d'Arras à celui de Maubeuge. Ce critère est remarquable dans sa répartition au sein de chaque arrondissement. Effectivement, les petites aires urbaines de chaque arrondissement présentent la part la plus élevée de soins "lourds", à la seule exception de l'aire urbaine de Caudry. Vient ensuite, juste en dessous, les zones à dominante rurale et les zones multipolarisées, suivies enfin par l'aire urbaine principale de chaque arrondissement qui canalise la part la plus faible de soins "lourds" parmi les patients qui ont été hospitalisés.

DES PICS DE CONSOMMATION DE SOINS DITS *LOURDS* POUR CAMBRAI, TANDIS QU'ARRAS FEINT TOUJOURS D'IGNORER LES STRUCTURES DE SOINS

Un complément d'information doit cependant être apporté en ramenant ce critère à la population de chaque zone, car, par exemple, le pourcentage de soins "lourds" de Maubeuge est écrasé par la part importante de soins légers consommés, on a alors plus de lisibilité entre les arrondissements. Il est nécessaire, pour effectuer les comparaisons, d'observer le nombre de séjours dits "lourds" pour 1 000 habitants.

Graphique 6 : Consommation de soins dits "lourds" (part du nombre de séjours pour 1 000 habitants) dans les Suds du Nord



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

Tout d'abord, la majorité des territoires des *Suds du Nord* ont un nombre de séjours pour 1 000 habitants bien inférieur à celui de la région Nord – Pas-de-Calais. Ainsi, soit cette population présente un état de santé d'un niveau supérieur à celui de la région, soit elle a un recours aux soins dits "lourds" plus faible que la population de la région.

Ensuite, l'aire urbaine de Cambrai et celle des communes multipolarisées sont les seuls territoires supérieurs à la région en nombre de séjours dits "lourds" pour 1 000 habitants. Lorsque l'on compare globalement les histogrammes des soins dits "lourds" à ceux par groupe de spécialités, les plus proches sont ceux des séjours de chirurgie pour 1 000 habitants. Or, les records en consommation de soins de chirurgie sont détenus par l'arrondissement de Cambrai. *A priori*, la population semble donc avoir un recours aux soins important, et plus précisément un recours aux soins dits "lourds" important. Il apparaît plus clairement qu'une partie de la population de ces territoires a un état de santé très dégradé, comme l'avaient signalé certains informateurs-clés. Mais là ne réside pas forcément la raison principale de cet excès de soins dits "lourds" car la particularité de ces territoires est une consommation plus importante de soins de chirurgie ; peut-être y a-t-il ainsi un lien de cause à effet entre ces deux éléments.

Enfin, pour les deux autres arrondissements, celui d'Arras conserve le même profil que pour les groupes de spécialités, tandis que celui d'Avesnes présente un nombre de séjours particulièrement faible par rapport à son importante consommation de soins globale.

Ainsi, d'une part la faible consommation à Arras apparaît comme un comportement généralisé non lié à la pathologie, que l'on conserve dans la lourdeur des soins, et d'autre part l'arrondissement d'Avesnes semble souffrir

d'un manque d'accès aux soins dits "lourds" qui maintient un taux anormalement faible de séjours "lourds", compte tenu du nombre de séjours global et des indicateurs de mortalité.

L'arrondissement de Cambrai montre ainsi la présence importante de pathologies lourdes qui peut être corrélée à cette importante consommation de chirurgie. Ensuite, l'arrondissement d'Arras garde un profil identique de population qui a un recours aux soins faible, et ce quel que soit le type de soins. Enfin, l'arrondissement d'Avesnes (qui est le consommateur de soins le plus important des *Suds du Nord*) présente une consommation de soins "lourds" plus nuancée qui questionne l'hypothèse de pathologies plus importantes influençant les recours aux soins de médecine et conforte l'hypothèse de facteurs externes à la population, comme l'offre de soins. Sur ce dernier point, l'accessibilité de cette population à ces soins dits "lourds" peut aussi être en cause.

Qui semble consommer le moins, fuit le plus

Les fuites représentent la part de population d'un territoire qui a eu recours aux soins dans un autre territoire. Ce recours aux soins dans un autre territoire peut être un choix dans le cas de soins "légers", ou bien une nécessité par l'absence d'une offre de soins de proximité plus technique. La question n'est pas uniquement l'absence ou non d'une offre de soins, mais aussi l'inscription des structures de soins de proximité dans une filière établie sur plusieurs territoires où les soins sont gradués.

Autrement dit, la population a-t-elle à disposition une offre de soins graduée, et lorsque c'est le cas, l'utilise-t-elle ?

Les soins Offre, recours et comportements

Tableau 23 : Taux de fuite

Lieu de domicile des patients	Consommation de soins		Fuite		Taux de fuite (% de séjours)	
	Séjours	Points ISA	Séjours	Points ISA	Séjours	Points ISA
Arras	57165,39	49232650,02	22055,33	18582036,24	38,6%	37,7%
Aire urbaine d'Arras	35371,57	29974368,94	9425,84	7557594,87	26,6%	25,2%
Aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise	1554,66	1336795,09	1519,27	1313770,91	97,7%	98,3%
Commune à dominante rurale	10377,09	9341286,94	10377,09	9341286,94	100,0%	100,0%
Communes multipolarisées	9862,07	8580199,05	9862,07	8580199,05	100,0%	100,0%
Cambrai	51097,29	40160504,69	12458,88	11871791,82	24,4%	29,6%
Aire urbaine de Cambrai	21053,21	16122436,79	3692,26	3899818,46	17,5%	24,2%
Aire urbaine de Caudry	4858,99	3722106,32	4858,99	3722106,32	100,0%	100,0%
Commune à dominante rurale	10467,09	8660525,37	8863,69	7493826,55	84,7%	86,5%
Communes multipolarisées	14718	11655436,21	14718	11655436,21	100,0%	100,0%
Avesnes	86374,91	62885914,55	15732,6	17319044,83	18,2%	27,5%
Aire urbaine de Maubeuge	47874,44	32997403,55	6238,53	7836394,47	13,0%	23,7%
Aire urbaine d'Aulnoye-Aymerie	5886,97	4740736,4	5886,97	4740736,4	-	-
Aire urbaine de Fourmies	6382,11	5134263,57	2694,97	1620899,82	42,2%	31,6%
Commune à dominante rurale	11997,46	9079100,64	10948,17	7662326,29	91,3%	84,4%
Communes multipolarisées	14233,93	10934410,39	13744,22	10294610,65	96,6%	94,1%
Périphérie	-	-	-	-	-	-
Aire urbaine de Bethune	82823,77	71929131,63	31229,86	28895359,01	37,7%	40,2%
Aire urbaine de Douai-Lens	170024,31	151138362,5	56470,59	45134424,78	33,2%	29,9%
Aire urbaine de Valenciennes	141243,49	118496936,7	24646,22	22181641,71	17,4%	18,7%
Aire urbaine de Lille	335202,84	269125614,9	10789,2	9936784,01	3,2%	3,7%

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

Avant tout, de manière systématique, le taux de fuite des dominantes rurales, des aires multipolarisées et des petites aires urbaines (excepté Fourmies) est proche de 100 %. Comme ces taux de fuite sont plus faibles au niveau des arrondissements, il s'agit donc de flux internes vers les principales aires urbaines de chacun des arrondissements. Il faut prendre ces remarques avec prudence et questionner la qualité des données PMSI des petits établissements.

Dès ce premier tableau, les constats récurrents des informateurs-clés concernant le caractère sédentaire et les difficultés de transport sont bousculés. En effet, cette population semble se déplacer dans son arrondissement pour se soigner, puisqu'elle a principalement recours aux structures de soins de l'aire urbaine principale.

Les flux entre arrondissements sont négligeables ; c'est pourquoi, lorsque l'on considère les fuites des arrondissements, c'est principalement vers les structures de soins plus importantes du Nord qu'elles se portent.

Ensuite, l'arrondissement d'Arras présente la fuite la plus importante. Ainsi, non seulement cette population semble avoir un faible recours aux soins, mais elle se déplace fortement à l'extérieur de l'arrondissement.

Enfin, c'est l'inverse pour l'arrondissement de Maubeuge dont le taux de fuite est particulièrement faible. Ainsi, même si la population semble se déplacer dans l'arrondissement, elle aurait tendance à rester à l'intérieur de ce dernier.

FUITES : DES RÉVÉLATIONS POUR AVESNES, UNE CONSTANTE POUR CAMBRAI, TANDIS QU'ARRAS FUT BEAUCOUP VERS LE BASSIN MINIER

Après un premier niveau d'analyse de ces flux, le tableau suivant permettra d'identifier le poids des fuites par groupe de spécialités.

Tableau 24 : Fuites pour 1 000 patients en médecine, chirurgie, obstétrique

Lieu de domicile des patients	Médecine (séjours/1000 patients de médecine)	Chirurgie (séjours/1000 patients de chirurgie)	Obstétrique (séjours/1000 patients d'obstétrique)
Arras	424,7	391,7	187,8
Aire urbaine d'Arras	323,4	212,6	90,9
Aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise	980,7	981,9	929,7
Commune à dominante rurale	1000,0	1000,0	1000,0
Communes multipolarisées	1000,0	1000,0	1000,0
Cambrai	254,2	229,3	212,1
Aire urbaine de Cambrai	162,8	216,4	154,9
Aire urbaine de Caudry	1000,0	1000,0	1000,0
Commune à dominante rurale	877,8	771,5	927,6
Communes multipolarisées	1000,0	1000,0	1000,0
Avesnes	149,3	297,2	204,2
Aire urbaine de Maubeuge	106,0	228,6	134,2
Aire urbaine d'Aulhoye-Aymerie	1000,0	1000,0	1000,0
Aire urbaine de Fourmies	546,2	208,9	87,8
Commune à dominante rurale	878,5	998,0	1000,0
Communes multipolarisées	950,5	1000,0	999,9

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

En médecine et en chirurgie, l'arrondissement d'Arras présente le nombre de fuites le plus important des arrondissements des *Suds du Nord*. Or, à l'intérieur de cet arrondissement, la situation diffère en ces deux groupes de spécialités. Pour la médecine, l'aire urbaine d'Arras présente le taux de fuite le plus important et influence ainsi fortement cet arrondissement, alors que pour la chirurgie, elle présente le taux le plus faible des aires urbaines principales. On peut ainsi en déduire que les zones de l'arrondissement d'Arras furent leur principale zone de recours aux soins qu'est l'aire urbaine d'Arras, et que ce phénomène est accentué en chirurgie pour l'aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise, la dominante rurale et les communes multipolarisées. On confirme que la population de cet arrondissement, qui a le recours aux soins le plus faible des *Suds du Nord*, est en plus celle qui utilise le moins son système de santé de proximité. La raison de ce comportement n'est pas encore identifiée car le positionnement de l'offre de soins est à prendre en compte.

Concernant la chirurgie, l'aire urbaine de Maubeuge présente le taux de fuite le plus élevé

des aires urbaines principales des *Suds du Nord*, alors que le taux global de l'arrondissement d'Avesnes n'est pas le plus important. Ainsi, la population de l'aire urbaine de Maubeuge fuit fortement ses structures de soins de proximité en ce qui concerne la chirurgie, ce qui ne semble pas être le cas de celle des autres zones de cet arrondissement. Si pour l'aire urbaine de Fourmies, l'offre semble complète sur ce point, la question de l'accès aux soins pour les autres zones reste posée.

Le taux de chirurgie est aussi significatif pour l'arrondissement de Cambrai qui conserve un taux de fuite important malgré une surconsommation identifiée dans les tableaux précédents. Ce point semble marquer un facteur lié à la population car l'excès de consommation se retrouve à l'intérieur et à l'extérieur de cet arrondissement.

Enfin, les fuites en obstétrique sont les plus élevées pour l'arrondissement de Cambrai, puis d'Avesnes. Compte tenu du poids de la population d'Avesnes et de son taux de natalité important, cette fuite pose une question sur l'adéquation entre l'offre et la demande en termes de soins d'obstétrique.

Les soins Offre, recours et comportements

Tableau 25 : Part des fuites en médecine, chirurgie, obstétrique

Lieu de domicile des patients	Fuites (séjours)	Part des fuites Médecine (séjours)	Part des fuites Chirurgie (séjours)	Part des fuites Obstétrique (séjours)
Arras	22055,3	70,9%	22,4%	6,5%
Aire urbaine d'Arras	9425,8	78,1%	16,8%	5,0%
Aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise	1519,3	72,8%	20,1%	6,9%
Commune à dominante rurale	10377,1	62,6%	25,7%	11,6%
Communes multipolarisées	9862,1	65,3%	22,3%	12,4%
Cambrai	12458,9	66,9%	24,4%	8,5%
Aire urbaine de Cambrai	3692,3	60,6%	29,8%	9,3%
Aire urbaine de Caudry	4859,0	63,7%	25,8%	10,3%
Commune à dominante rurale	8863,7	63,1%	27,6%	9,2%
Communes multipolarisées	14718,0	65,1%	25,4%	9,3%
Avesnes	15732,6	58,5%	29,3%	11,8%
Aire urbaine de Maubeuge	6238,5	58,9%	30,4%	10,4%
Aire urbaine d'Aulnoye-Aymerie	5887,0	70,1%	17,7%	12,1%
Aire urbaine de Fourmies	2695,0	87,9%	9,3%	2,7%
Commune à dominante rurale	10948,2	69,0%	19,8%	11,1%
Communes multipolarisées	13744,2	68,4%	20,5%	10,9%

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

Le mode de répartition des spécialités dans le flux de fuites le plus surprenant est celui de l'arrondissement d'Avesnes. En effet, par rapport au mode de répartition des spécialités dans le flux total de consommation de soins, l'excès de consommation de soins de médecine a disparu pour laisser une part importante au flux de chirurgie. Ainsi il existe bien une fuite importante en chirurgie des patients de l'arrondissement d'Avesnes.

La répartition des flux de chirurgie de l'arrondissement de Cambrai reste particulièrement importante, et ce pour chacune des zones de ce territoire ; ce qui confirme la remarque concernant un facteur lié à la population.

DES SOINS *LOURDS* DANS LES FLUX DE FUITES D'AVESNES-SUR-HELPE

Tableau 26 : Répartition des séjours lourds et légers par zone

Lieu de domicile des patients	Fuite de patients lourds (Nbre de séjours)	Fuite de patients légers (Nbre de séjours)	Part des fuites en séjour lourd par patient lourd	Part des fuites en séjour léger par patient léger
Arras	3276,1	18742,6	41,9%	38,0%
Aire urbaine d'Arras	1396,0	8009,7	29,6%	26,2%
Aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise	226,2	1291,3	98,3%	97,6%
Commune à dominante rurale	1486,5	8876,8	100,0%	100,0%
Communes multipolarisées	1380,6	8471,9	100,0%	100,0%
Cambrai	2194,0	10236,1	34,3%	22,9%
Aire urbaine de Cambrai	785,6	2895,3	30,6%	15,7%
Aire urbaine de Caudry	562,1	4286,8	100,0%	100,0%
Commune à dominante rurale	1200,1	7659,8	87,8%	84,5%
Communes multipolarisées	1902,7	12793,8	100,0%	100,0%
Avesnes	3222,4	12449,0	37,7%	16,0%
Aire urbaine de Maubeuge	1466,5	4752,0	33,2%	11,0%
Aire urbaine d'Aulnoye-Aymerie	703,1	5176,9	100,0%	100,0%
Aire urbaine de Fourmies	240,7	2454,2	37,1%	42,8%
Commune à dominante rurale	1059,1	9870,5	84,3%	92,1%
Communes multipolarisées	1428,0	12294,5	94,5%	96,8%

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

L'arrondissement d'Arras présente les parts de fuites de séjours lourds et légers les plus proches ; ce qui signifie que le flux vers l'extérieur semble indifférent à ce critère. Ainsi les fuites ne sont-elles pas dues à un recours à des soins plus techniques ou à une expertise spécifique.

Ce constat ne semble pas s'appliquer à l'arrondissement d'Avesnes qui présente des fuites plus importantes quand il s'agit de soins dits "lourds". La population semble donc avoir recours aux soins à l'extérieur de cet arrondissement pour des raisons liées à l'offre de soins de proximité qui ne paraît pas satisfaire ses besoins. Cette remarque sur les soins dits "lourds" s'apparente pour cet arrondissement à celle concernant les fuites de chirurgie.

Confirmation d'un territoire très contrasté dans sa manière d'utiliser le système de soins...

Il n'y a pas une, mais des populations et sous-populations qui se différencient par la manière dont elles utilisent le système de soins de proximité et celui à l'extérieur de leur propre zone géographique. Les facteurs qui permettent de déterminer ces comportements, sont parfois directement liés à la population parce qu'indépendants du système de soins, comme l'illustre la population de l'arrondissement d'Arras (parfois fortement liée au système de soins de proximité mal adapté dans certains cas à ses besoins), et d'Avesnes.

... LE PIC D'AVESNES, LA PÉNINSULE ARRAGEOISE, ET LA SURPRISE DE CAMBRAI

En premier lieu, la population de l'arrondissement d'Arras consomme peu de soins, et ce quelles que soient la spécialité ou la "lourdeur" des soins. Cette faiblesse est particulièrement marquée pour toutes les zones qui entourent l'aire urbaine principale de cet arrondissement ; ce qui laisse présupposer un non-recours aux soins de la population de Saint-Pol-sur-Ternoise, de la dominante rurale et de l'aire multipolarisée. La régularité de comportement par rapport aux différents facteurs observés constitue la première caractéristique de cet arrondissement. La seconde est le taux de fuite le plus important des *Suds du Nord* quel que soit le critère de soins. Ainsi, non seulement cette population utilise peu le système de soins, mais quand elle y a recours, elle est celle qui utilise le plus l'offre

de soins en dehors de son territoire. Le positionnement de l'aire urbaine d'Arras à la frontière du Bassin minier peut favoriser ces flux vers l'extérieur. Cependant, la pertinence de l'offre de proximité au regard des besoins de la population reste questionnée, de même que l'accès aux soins pour les aires autres que l'aire urbaine principale.

En second lieu, la surprise de Cambrai est la consommation très élevée de soins de chirurgie et de soins dits "lourds" de la population de cet arrondissement. Ce comportement paraît à première vue peu dépendant de l'offre de soins, car ces excès par rapport aux autres arrondissements se retrouvent dans l'ensemble des séjours et dans ceux relatifs aux structures de soins extérieures à cet arrondissement. *A priori*, la population de celui-ci semble présenter (comme l'ont précisé certains informateurs-clés) des pathologies lourdes. L'association de la lourdeur des pathologies et d'une consommation importante de soins nous laisserait à penser que le recours aux soins est tardif à quelques exceptions près. Effectivement, la dominante rurale de Cambrai montre un recours plus faible aux soins dits "lourds" et aux soins de médecine. Cette remarque s'applique aussi à l'aire urbaine de Caudry pour les soins de gynécologie. Ce non-recours questionne à la fois les conditions d'accès aux soins (transport et offre de proximité) et le comportement de la population. Il faut tout de même nuancer car il peut y avoir une corrélation entre le nombre de séjours en chirurgie et le nombre de séjours lourds.

Enfin, le pic de consommation de soins de médecine de l'aire urbaine de Maubeuge et le faible recours aux soins extérieurs à l'arrondissement risquaient d'occulter certains éléments significatifs du comportement de la population.

En effet, même si le recours à l'offre extérieure est faible, il est très différent de l'utilisation générale de l'offre de soins par cette population. La consommation à l'extérieur est nettement plus importante en soins de chirurgie et spécifiquement en soins dits "lourds". Ainsi cette population qui se déplace peu à l'extérieur de son arrondissement, le fait souvent pour des soins spécifiques, moins présents en proportion à l'intérieur de celui-ci. L'offre de soins ne semble pas répondre aux besoins de la population en ce qui concerne la chirurgie et plus globalement les soins dits "lourds".

Même si cela apparaît de manière moins prononcée, cette remarque vaut également pour les soins d'obstétrique compte tenu du poids de la population et du nombre de naissances importants dans la région.

Les soins Offre, recours et comportements

Cet arrondissement comporte aussi ses exceptions. Aulnoye-Aymeries, par exemple, surprend par son non-recours aux soins alors que cette aire urbaine se situe à proximité de celle de Maubeuge. L'aire urbaine de Fourmies rompt nettement avec le niveau de consom-

mation en gynécologie où le recours aux soins de la population est le plus important des *Suds du Nord* et où les conséquences constatées sont des fuites très faibles dans cette spécialité.

La méthodologie OAP

"Le Comité Technique Régional de l'Information Médicale d'Ile de France a élaboré une méthode d'analyse des Résumés de Sortie Anonymes produits dans le cadre du Programme de Médicalisation du Système d'Information. Cette méthode baptisée OAP a été adoptée par le COTRIM Ile de France le 10 décembre 1998 pour permettre de décrire de façon pertinente les pôles d'activité des établissements de la région dans le champ du court séjour de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO).

Cette classification OAP propose un regroupement des Groupements Homogènes de Malades selon deux niveaux : les pôles d'activité réfèrent aux disciplines médico-chirurgicales, les lignes de produits permettent d'analyser plus avant des pôles en caractérisant les axes-métier. Chaque niveau peut être étudié à la lumière de trois indicateurs : recours ou non au bloc opératoire, engagement de la structure dans les alternatives à l'hospitalisation, lourdeur de la prise en charge selon deux niveaux "a" et "b" ($a > b$). Ce dernier critère permet de caractériser les séjours (typés "a") qui mobilisent un plateau technique spécialisé ou qui nécessitent le recours à une expertise médicale ou chirurgicale particulière. Il a été procédé par les médecins du Département d'Information Médicale à une analyse détaillée des diagnostics et/ou des actes intervenant dans l'algorithme de groupage de la classification PMSI. Une expertise clinique a été sollicitée lorsque cela était nécessaire."

"Concernant l'indicateur de lourdeur de prise en charge, la qualité de segmentation des Groupements Homogènes de Malades est variable en fonction des disciplines, ce qui induit des niveaux de sensibilité et de spécificité différents pour cet indicateur." C'est pourquoi, il faut distinguer dans l'étude, les prises en charge chirurgicales et médicales et considérer que cet indicateur renseigne sur une tendance générale de présence de prise en charge dite "lourde" et nuancer les comparaisons. Le classement OAP permet aussi la réalisation d'analyses des flux par pôle d'activité (à l'exception de ceux qui ne sont pas réalisables actuellement comme la cancérologie), et distingue les prises en charge ambulatoires qui ont été associées à des lignes de produits "significatives lorsque les groupes homogènes de malades le permettaient".

La valorisation des séjours en points ISA (Indice Synthétique d'Activité) n'est pas équivalente entre les établissements publics et privés. Or, cette étude est avant tout territoriale et non segmentée entre le public et le privé (même si cet élément est pris en compte dans les propositions). C'est pourquoi, l'ensemble des analyses des flux hospitaliers porte sur le nombre de séjours et non sur le nombre de points ISA.

Le croisement entre le nombre de séjours ramené à la population et la répartition du nombre de lits apporte une première appréciation du niveau d'activité des établissements. C'est pourquoi, en plus de raisons pratiques, n'a pas été prise en compte la durée moyenne de séjour qui reste difficilement appréciable lorsque l'on regroupe des activités.

Couverture des besoins et pertinence de l'offre de soins

Incontestablement les informateurs-clés placent au cœur de leurs préoccupations (et cela quel que soit le territoire), les problématiques de démographie médicale et le manque de partenariat entre les établissements de santé.

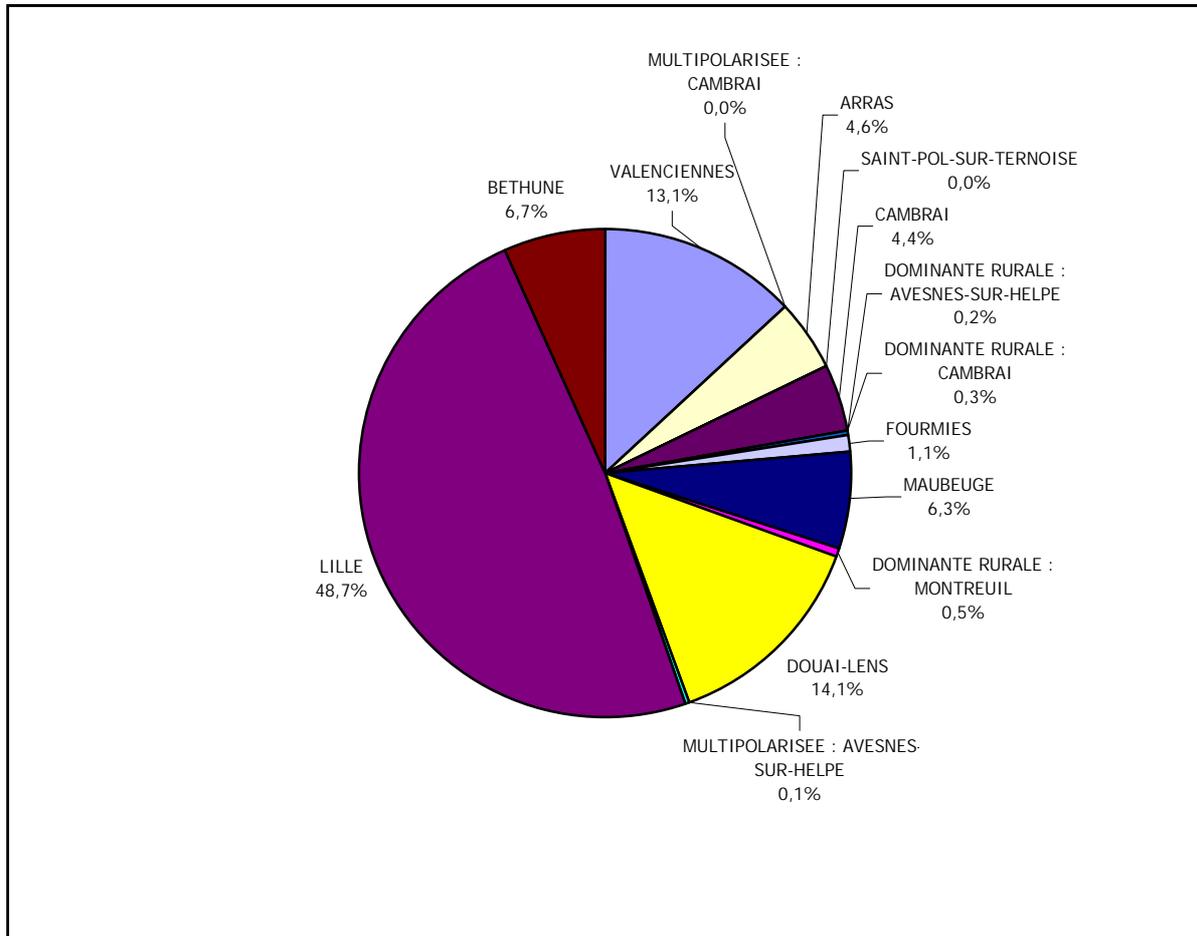
Un trop faible taux de praticiens en pédopsychiatrie et psychiatrie, ophtalmologie, anesthésie, gynécologie, gériatrie, cancérologie, cardiologie, urgence, addictologie... est pointé du doigt par les informateurs-clés. La question de la démographie médicale et aussi paramédicale est récurrente et particulièrement sensible dans le Nord de la France. La répartition nord-sud est peu équitable dans le pays. Cette problématique semble avoir besoin de solu-

tions plus innovantes qui pourraient par exemple s'appuyer sur les volontés de collaboration des informateurs-clés.

POSITIONNEMENT DES ZONES DES *SUDS DU NORD* PAR RAPPORT AUX PRINCIPALES ZONES PÉRIPHÉRIQUES

En termes de répartition des "masses" de la production de soins, les *Suds du Nord* sont encadrés par un système de soins en périphérie proche, deux à trois fois plus important en termes de production de séjours : il s'agit des aires urbaines de Béthune, Douai-Lens et Valenciennes. Le deuxième niveau de cette périphérie est constitué par le plus important producteur de soins de la région Nord - Pas-de-Calais : l'aire urbaine de Lille.

Graphique 7 : Répartition de la production de soins dans les *Suds du Nord*



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

La présence de ces importants pôles de soins a certainement un impact tant du point de vue quantitatif que qualitatif sur l'organisation des soins dans les *Suds du Nord*. Comment la population des *Suds du Nord* utilise-t-elle le système de soins en fonction de son importance, en fonction de son niveau d'expertise et de recours technique, et selon sa proximité ? Et surtout, cette répartition de la production des soins correspond-elle aux besoins de la population ?

ANALYSE DU "POTENTIEL DE COUVERTURE" DES BESOINS DE LA POPULATION : LE PROFIL DE LA PRODUCTION DE SOINS CORRESPOND-IL AU PROFIL DE LA CONSOMMATION DE SOINS ?

Le but est donc d'observer si, potentiellement, l'offre de soins peut couvrir la consommation de soins. Il est évident que la population restant libre de choisir la structure de soins, une analyse des flux de fuites et d'attractions com-

plétera cette analyse dans un second temps. Par ailleurs, on analyse ici un sous-ensemble du système de soins et un sous-ensemble des besoins de la population : la partie hospitalière. Un complément d'analyse est apporté, d'une part par la démographie médicale, d'autre part par la mortalité, et enfin par les informateurs-clés.

UNE PRODUCTION CENTRALISÉE EN TOUTE LOGIQUE VERS LES ÉTABLISSEMENTS DES AIRES URBAINES PRINCIPALES

Ce qui est significatif dans la comparaison de la consommation et de la production de soins dans les *Suds du Nord*, c'est de prime abord la concentration de la production de soins dans les aires urbaines principales des trois arrondissements. Seule la petite aire urbaine de Fourmies semble apporter une réponse significative aux besoins de soins de la population de sa zone.

Les soins Offre, recours et comportements

En médecine, cette surproduction est particulièrement importante pour les aires de Cambrai et Maubeuge.

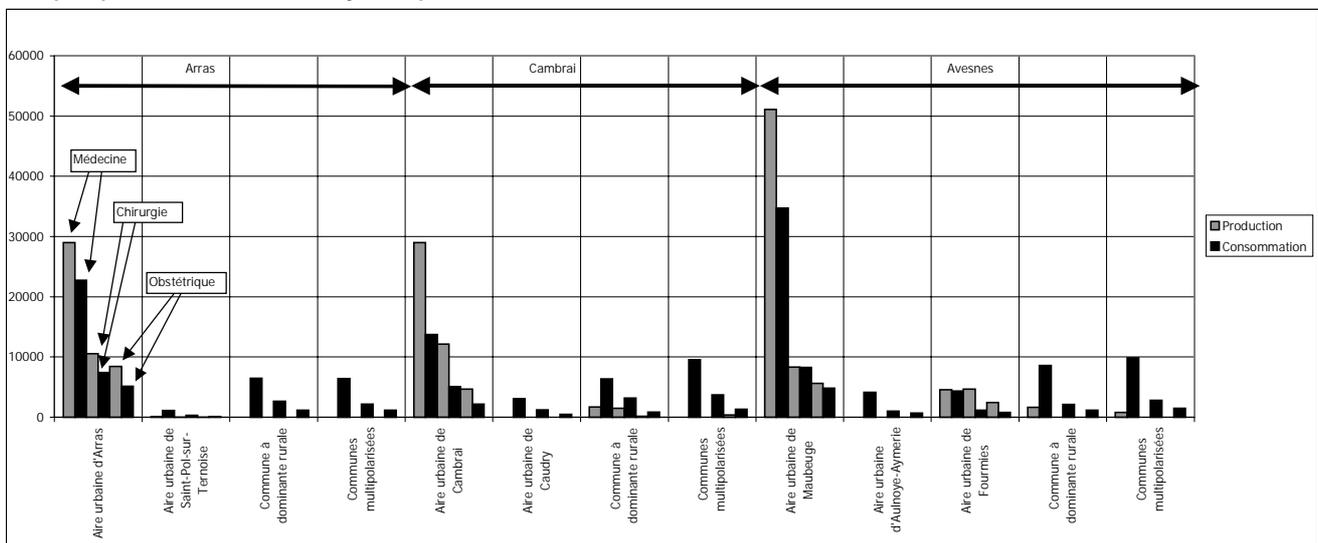
Concernant la chirurgie, l'activité est faible à Maubeuge ; elle satisfait à peine la consommation de cette aire urbaine. À l'opposé, l'aire urbaine de Cambrai affiche clairement un pic de production de soins de chirurgie par rapport à la consommation de cet arrondissement.

La répartition hétérogène n'est pas étonnante dans un territoire tel que celui des *Suds du Nord*, car les principales structures de soins se situent dans les principaux centres urbains

et la population se déplace pour recourir aux soins. C'est pourquoi, pour avoir une vision plus précise de l'offre de soins face à la consommation, il convient de zoomer entre les zones urbaines, les arrondissements et la périphérie.

Ainsi, les principales aires urbaines des arrondissements d'Arras, Cambrai et Maubeuge peuvent potentiellement satisfaire les besoins de leur population. Mais peuvent-elles, pour autant, répondre aux besoins de leur arrondissement en tant que principaux producteurs de soins de médecine, de chirurgie et d'obstétrique ?

Graphique 8 : Nombre de séjours produits et consommés dans les territoires des *Suds du Nord*



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

Pour chaque arrondissement, la production peut-elle potentiellement couvrir les besoins de consommation de la population ?

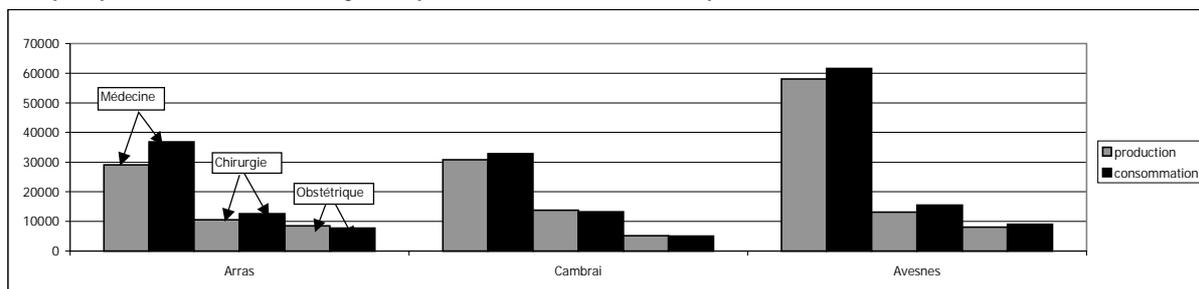
Effectivement, à l'échelle des arrondissements, les zones de surproduction des aires urbaines principales disparaissent, et la consommation de la population de ces aires urbaines s'additionne à celle des petites aires urbaines, à celle des zones à dominante rurale et à celle des aires multipolarisées de chaque

arrondissement pour, dans la majorité des spécialités, dépasser le niveau de production des arrondissements.

Ainsi, en faisant abstraction des flux de fuites et des attractions des territoires, l'offre de soins de chaque arrondissement ne peut potentiellement satisfaire les besoins de la population de ces mêmes arrondissements.

On relève quelques rares exceptions : seule l'offre de soins en obstétrique à Arras et Cambrai et la chirurgie à Cambrai peuvent potentiellement satisfaire les besoins de consommation de la population de ces arrondissements.

Graphique 9 : Nombre de séjours produits et consommés par territoire



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

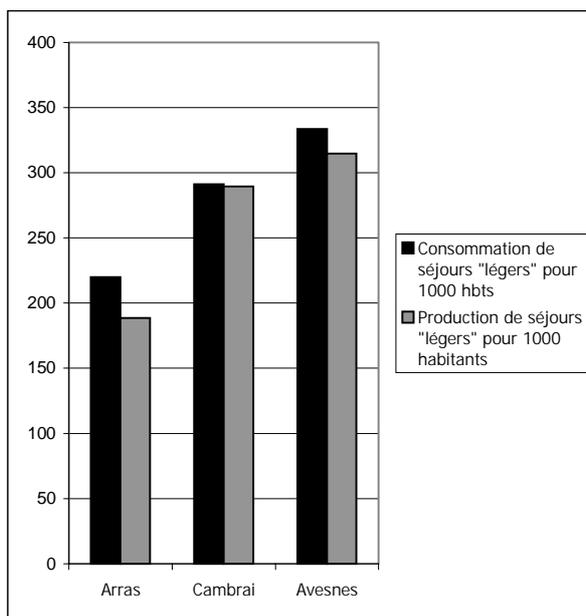
Ces disparités se retrouvent-elles au niveau de la prise en charge des soins dits "lourds" et "légers" ?

Les *Suds du Nord* présentent une certaine spécificité dans leur offre de soins. Ainsi, l'offre de soins dits "légers" peut potentiellement mieux répondre aux besoins de consommation de la population des *Suds du Nord*. C'est surtout le cas pour l'arrondissement de Cambrai où les deux histogrammes s'équilibrent en con-

servant un niveau d'offre et de consommation élevé car la population de cet arrondissement reste la plus faible des trois.

Quant aux deux autres arrondissements (où l'équilibre entre la production et la consommation n'est pas réalisé), on conserve des histogrammes bas pour l'arrondissement d'Arras et les histogrammes les plus hauts pour celui d'Avesnes.

Graphique 10 : Consommation et production de soins dits "légers" pour 1 000 habitants



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

En toute logique, si les niveaux entre la production et la consommation s'équilibrent pour les soins dits "légers" (pour les trois arrondissements), ce n'est pas le cas concernant les soins dits "lourds".

Ainsi, globalement, l'offre de soins dits "lourds" des *Suds du Nord* ne semble pas correspondre aux besoins de la population. Ce constat est à resituer dans la filière de soins de la région, où

chaque établissement a un rôle en fonction de son positionnement dans la gradation des soins ; tous les établissements n'ont pas systématiquement un rôle de recours technique ou d'expertise. Cette répartition n'est pas nécessairement un défaut dès lors que la population a accès aux structures de recours qui sont en dehors des *Suds du Nord*.

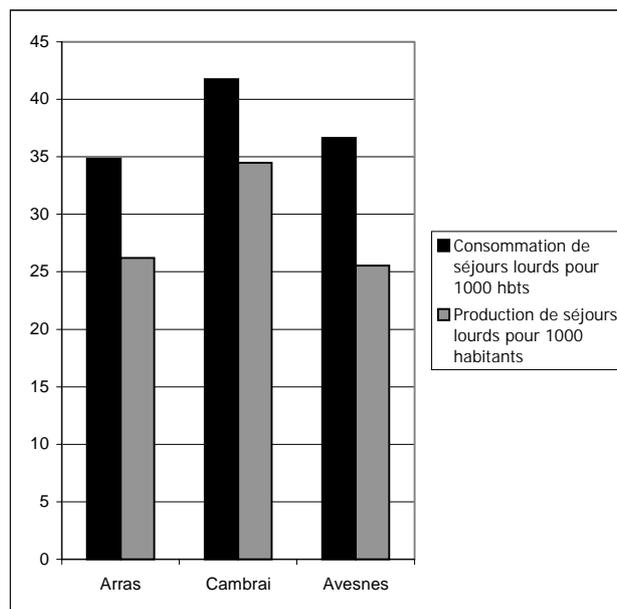
Les soins Offre, recours et comportements

L'arrondissement de Cambrai se singularise néanmoins, une nouvelle fois, par une consommation et une production élevées de soins dits "lourds".

Par contre, et c'est une première, la répartition de la production et de la consommation de ces soins sont quasi identiques pour les arrondissements d'Arras et d'Avesnes. Mais il

ne s'agit là que d'une façade puisque le premier chapitre sur le comportement montre bien qu'il y a une forte disparité des consommations dans l'arrondissement d'Arras, entre l'aire urbaine principale et les autres zones, alors que dans l'arrondissement d'Avesnes la situation est beaucoup plus homogène.

Graphique 11 : Consommation et production de soins dits "lourds" pour 1 000 habitants



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

Il apparaît globalement un manque de production de soins dits "légers" et "lourds" dans les *Suds du Nord*, même si dans le second cas, certaines prises en charge plus techniques ou nécessitant une expertise peuvent relever de structures à vocation régionale. Il semble incontournable que la population des *Suds du Nord* doive fonctionner avec la périphérie pour répondre aux besoins de la population, même si cette dernière montre des comportements particuliers de surconsommation ou de sous-consommation.

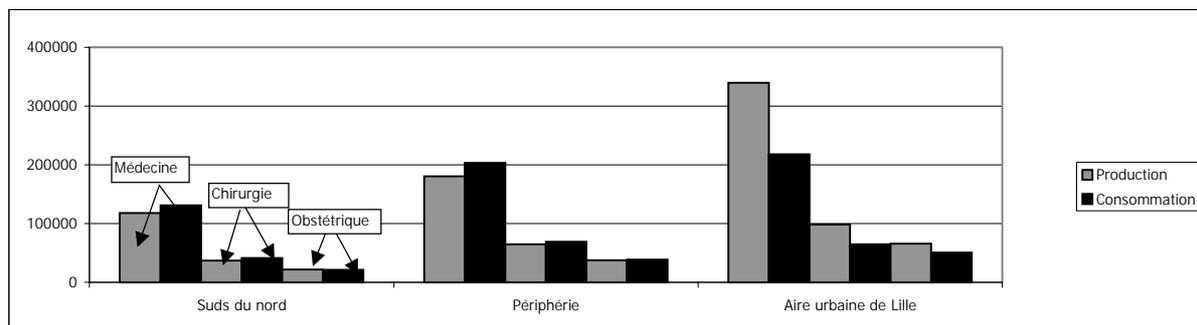
C'est pourquoi, un zoom supplémentaire peut permettre de répondre à la question de l'adéquation potentielle de l'offre et de la demande.

Jusqu'où la population doit-elle aller en dehors du territoire des *Suds du Nord* pour que ses besoins soient potentiellement couverts ?

La périphérie se compose d'une partie proche composée des aires urbaines de Douai-Lens, Valenciennes, et d'une autre plus lointaine à vocation régionale : l'aire urbaine de Lille.

Effectivement, le zoom à l'échelle du territoire des *Suds du Nord* et de sa périphérie permet de rétablir un équilibre en termes de couverture potentielle des besoins par l'offre, qu'il s'agisse des activités de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique.

Graphique 12 : Nombre de séjours produits et consommés dans les territoires périphériques



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

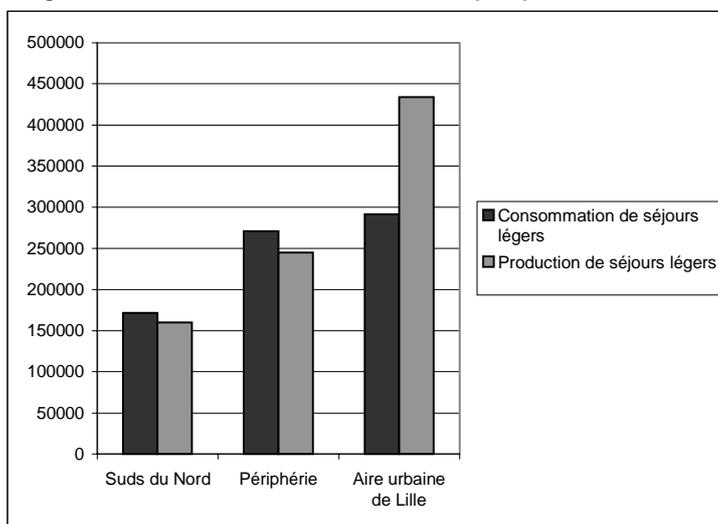
Cependant, il est nécessaire de fonctionner avec l'aire urbaine de Lille pour pouvoir potentiellement satisfaire les besoins de la population des *Suds du Nord*. Il faut aussi supposer que la surproduction de l'aire urbaine de Lille est potentiellement en mesure de répondre aux besoins "complémentaires de l'ensemble de la région".

Ainsi, pour satisfaire ses besoins, la population des *Suds du Nord* a recours à la périphérie

proche ou court-circuite cette périphérie pour utiliser directement l'offre de soins de l'aire urbaine de Lille.

UNE SURPRISE : DE L'APPARENTE NéCESSITÉ DE RECOURIR AUX STRUCTURES LOINTAINES POUR DES SOINS DITS "DE PROXIMITÉ"

Graphique 13 : Consommation et production de soins dits "légers" dans les *Suds du Nord* et leur périphérie

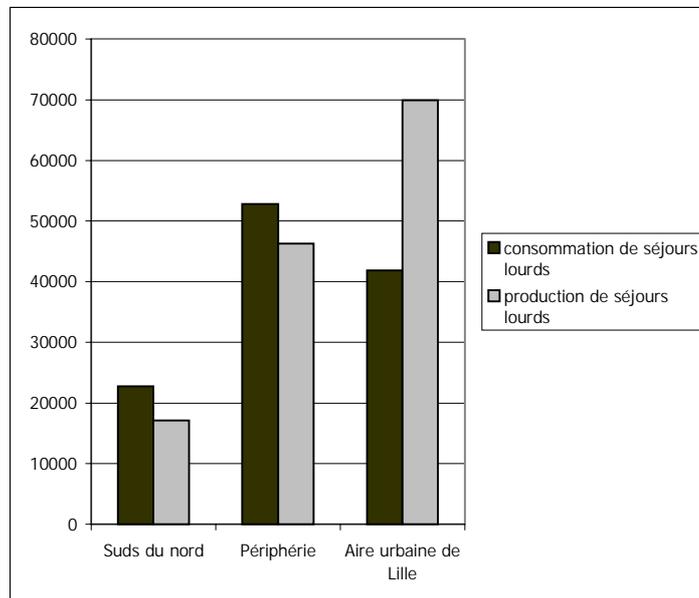


Source : ARH Nord – Pas-de-Calais. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

On peut s'interroger sur le fait que la nécessité de recourir aux soins lillois directement ou indirectement (au travers de la population de la périphérie proche), se retrouve pour les soins dits "légers". Or, par définition, ces soins ne requièrent pas de techniques ou de compétences spécifiques ; ils sont du ressort de struc-

tures dites "locales" ou de proximité. *A contrario*, les soins dits "lourds" peuvent du fait de la nécessité d'un plateau technique et de compétences spécifiques rares, relever de structures plus importantes comme celles de l'aire urbaine de Lille.

Graphique 14 : Consommation et production de soins dits "lourds" dans les Suds du Nord et leur périphérie



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

On remarque que la périphérie proche ne répond pas potentiellement aux besoins de la population en ce qui concerne les soins dits "lourds", alors que la production de l'aire urbaine de Lille est particulièrement importante par rapport aux besoins de sa population. Ainsi, en termes de graduation des soins, l'offre de soins dits "lourds" reste principalement au niveau de l'aire urbaine de Lille. En conséquence, la population des *Suds du Nord* doit compter avec cette filière complète pour satisfaire ses besoins de soins.

La répartition des rôles concernant les soins dits "lourds" ne surprend donc pas, car dans une certaine mesure, une offre de haute technicité et des compétences spécifiques sont rares et n'ont pas vocation à être à la proximité de l'ensemble de la population de la région. Par contre, cet effet centralisateur de l'aire urbaine de Lille semble aussi particulièrement important en ce qui concerne les soins dits "légers".

Autrement dit, les fuites vers le nord des Suds sont des flux qui pourraient être pris en charge localement par les hôpitaux-pivots, qu'ils soient dans les arrondissements ou à leur frontière. Cela signifie aussi qu'au-delà de son comportement, la population des *Suds du Nord* (et de la périphérie proche) est soumise à une attraction générale.

Offre de soins ou comportement de la population : quelle est la cause, quel est l'enjeu ?

À ce stade de l'étude, deux questionnements émergent :

- d'une part, l'analyse de la couverture permet d'apporter une information quantitative et non qualitative de la consommation et de la production de soins ;
- d'autre part, un problème géographique se pose : dès l'instant que la population des *Suds du Nord* doit compter avec l'offre de soins périphérique, se pose la question de l'égalité d'accès aux soins des *Suds du Nord* de cette périphérie.

Le prochain chapitre se penchera sur les aspects plus qualitatifs du comportement de la population et du positionnement de l'offre de soins. Il s'agira notamment d'approcher la question de la prédominance du comportement sur l'offre de soins ou l'inverse.

Y sera proposée une analyse de l'accès aux soins de périphérie de la population des *Suds du Nord*.

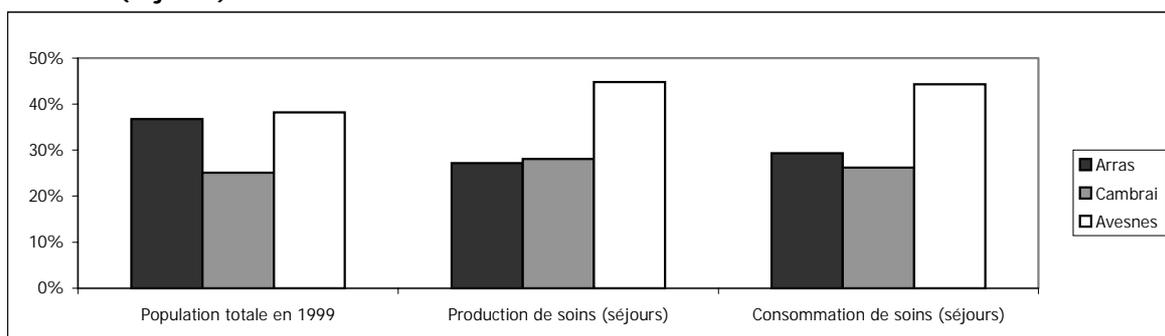
LE PROFIL DE LA PRODUCTION DE SOINS CORRESPOND-IL AU PROFIL DE LA POPULATION ET DE LA CONSOMMATION DE SOINS ?

Après les comparaisons territoriales quantitatives, les graphiques suivants présentent les *Suds du Nord* comme un système fermé dans lequel on a observé et comparé la répartition de la population, de la production et de la consommation de soins sur chaque arrondis-

sement. Les histogrammes de référence (ceux de la population) ont été comparés aux deux autres groupes d'histogrammes (consommation et production).

Ces comparaisons permettent de dresser des profils de situation (pour chaque arrondissement et chaque spécialité), prenant en compte le comportement de la population et celui de l'offre de soins. L'ensemble des résultats figure dans un tableau récapitulatif à la suite des graphiques.

Graphique 15 : Répartition de la population, de la production et de la consommation totale de soins (séjours) dans les *Suds du Nord*



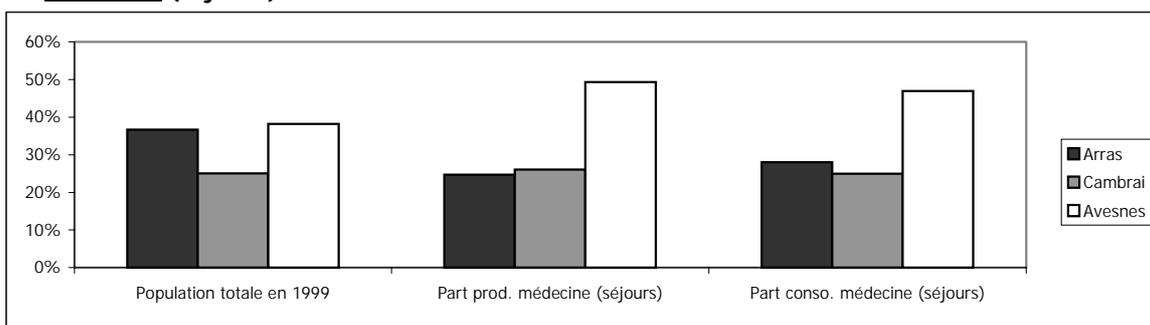
Source : ARH Nord – Pas-de-Calais. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Ainsi, au niveau de la production et de la consommation de soins totales, l'arrondissement d'Arras se distingue par le profil A : la part de la population est supérieure à celle de la consommation qui est supérieure à celle de la production.

En d'autres termes, la population de l'arrondissement d'Arras a la part de production de soins la plus basse. L'offre de soins a ici un impact sur la consommation, car même si le comportement de la population change, l'offre ne semble pas lui permettre d'évoluer. Il convient aussi de prendre en compte les déplacements importants de la population de cet arrondissement en dehors de celui-ci pour recourir aux soins, la population semble trouver une complémentarité dans les structures

de périphérie. Ce profil se retrouve en médecine et en chirurgie dans cet arrondissement. En obstétrique à Arras, le profil C prédomine : la part de la consommation est inférieure à la population qui est inférieure à la production. Ainsi, la population sous-consomme par rapport à ce que produit cet arrondissement. Ici, c'est le comportement de la population qui prédomine, car si son comportement change et qu'elle consomme plus, l'offre peut alors répondre. D'autant que cette production importante de soins peut signifier une attraction positive de la périphérie, elle est donc concurrentielle. Cette situation de faible consommation correspond aussi au faible taux de natalité de cet arrondissement.

Graphique 16 : Répartition de la population, de la production et de la consommation de soins de médecine (séjours) dans les *Suds du Nord*



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

Les soins Offre, recours et comportements

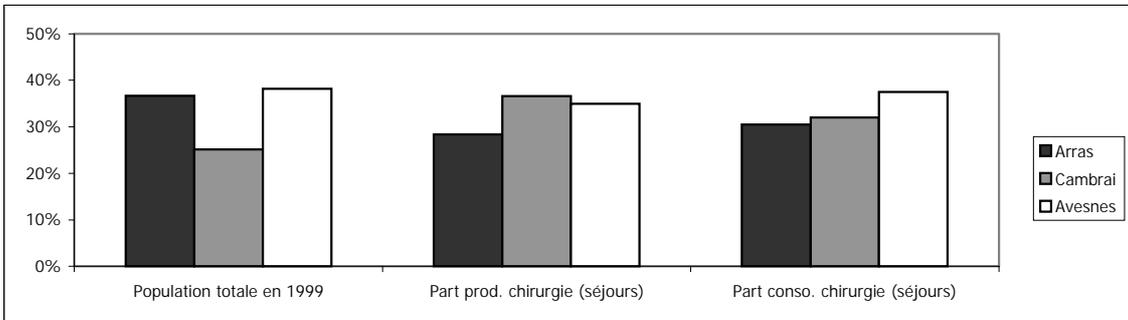
Dans l'arrondissement de Cambrai, le profil B prédomine pour la chirurgie et la médecine : la part de la population est inférieure à la consommation qui est inférieure à la production. Ainsi, dans ce cas particulier, la population semble surconsommer et la production surproduit pour satisfaire ces besoins. On se trouve dans le dilemme de la poule et de l'œuf, qui est le premier ? L'offre induit-elle une surconsommation de la population ou la population a-t-elle un comportement de surconsommation ?

Ce point est excessif pour la chirurgie où la part de la consommation double par rapport à la part de la population et la production reste encore supérieure. Ce phénomène se remar-

que aussi dans les flux vers l'extérieur de cet arrondissement où la chirurgie est importante, ce qui illustre ici un comportement particulier de la population de l'arrondissement de Cambrai.

Concernant l'obstétrique, l'arrondissement de Cambrai a l'unique profil D : la part de la population est plus importante que celle de la production, elle-même supérieure à la part de la consommation. Ainsi, cette population sous-consomme des soins d'obstétrique tandis que l'offre de soins semble s'être adaptée à cette sous-consommation en produisant peu. Ici, le comportement de la population paraît marqué par un manque de recours aux soins d'obstétrique.

Graphique 17 : Répartition de la population, de la production et de la consommation de soins de chirurgie (séjours) dans les Suds du Nord



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

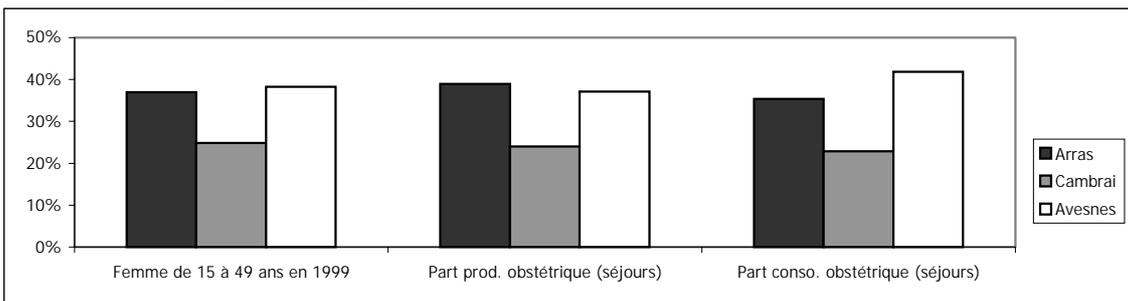
L'arrondissement d'Avesnes est partagé en termes de profil.

Tout d'abord, en médecine, on retrouve le profil B de Cambrai. La population surconsomme des soins de médecine et la production s'est adaptée sans pour autant satisfaire quantitativement les besoins de tout l'arrondissement. Le dilemme de la poule et de l'œuf persiste malgré tout dans l'aire urbaine de Maubeuge où l'on a constaté une surproduction (d'œufs ?) de soins de médecine importante, peut-être cela a-t-il influencé le comportement de cette partie de la population. Ensuite, la chirurgie présente le profil A d'Ar-

ras : la part de la population est supérieure à celle de la consommation qui est supérieure à celle de la production. Le système de soins ne satisfait pas en chirurgie les besoins de la population qui sous-consomme.

Enfin, en obstétrique on trouve un profil contradictoire unique : la part de la production est inférieure à la part de la population qui est inférieure à la part de la consommation. La population surconsomme des soins d'obstétrique alors qu'elle rencontre une sous-production ; la situation est bloquée par l'offre de soins qui ne peut répondre à ce comportement.

Graphique 18 : Répartition des femmes de 15 à 49 ans, de la production et de la consommation de soins d'obstétrique (séjours) dans les Suds du Nord



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

Tableau 27 : Tableau récapitulatif de la comparaison population, production, consommation

Lieu de domicile des patients	MCO	Médecine	Chirurgie	Obstétrique
Arras	A	A	A	C
Cambrai	B	B*	B**	D
Avesnes	B	B	A	E

Type A : population > consommation > production = une population qui consomme peu et un système qui sous-produit (impact du système de soins)

Type B : population < consommation < production = la population consomme beaucoup et la production surproduit sans satisfaire le besoin (impact comportement de la population)

Type C : consommation < population < production = une population qui consomme peu et une sous-production qui satisfait cette faible consommation (impact comportement de la population)

Type D : consommation < production < population = une population qui consomme peu et une sous-production qui sous-produit (impact du système de soins)

Type E : production < population < consommation = la population surconsomme et la production surproduit (impact du système de soins)

* La consommation est équivalente à la population

** La production est très supérieure à la population et la consommation

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais.

Qu'est-ce que le "Potentiel" de couverture des besoins et la comparaison des "Profils" de l'offre et des besoins ?

Le but est d'observer si, potentiellement, l'offre de soins peut couvrir la consommation de soins de la population d'un territoire donné. En considérant que la population utilise à 100 % l'offre de soins de son territoire, peut-elle être satisfaite ? Il est bien évident que cette analyse n'a de sens que si elle est complétée, d'une part, par une analyse des flux de fuites vers l'extérieur du territoire et des flux d'attractions, et d'autre part, par une comparaison du profil de consommation de soins de la population et du profil de production de soins des établissements de santé.

Ainsi, par exemple, si pour un groupe de pathologies donné, la consommation de soins ne peut pas être potentiellement satisfaite localement, et que l'on constate une fuite particulièrement importante dans ce même groupe, l'offre du territoire ne répond ou ne satisfait pas les besoins de sa population ou/et la population préfère utiliser une offre concurrentielle en dehors de son territoire. Ceci nous permet de croiser le comportement de la population et le potentiel de l'offre de soins.

Le potentiel de couverture est en valeur réelle du nombre de séjours. Pour comparer les profils de consommation et d'offre, une deuxième approche est proposée dans cette étude.

Pour la comparaison des profils, il s'agit de considérer le territoire des Suds du Nord comme un système fermé avec trois sous-systèmes que sont les arrondissements. Ensuite, pour chaque variable qui nous intéresse, nous allons établir un histogramme de répartition entre les trois sous-systèmes. Pour pouvoir comparer les "profils" entre ces indicateurs, il faut un profil de référence. Nous considérerons que la population est le profil de référence. Ainsi, la comparaison des profils des trois groupes d'histogrammes (population, production, consommation) peut être réalisée. (Attention, on ne compare que les profils, la comparaison de la hauteur des histogrammes pour des indicateurs différents n'a aucune signification car ce sont des pourcentages. Cette analyse est complémentaire à celle sur le potentiel de couverture qui est en valeur réelle.)

Ainsi peut-on observer que le "poids" relatif de la consommation de soins de chirurgie de la population de Cambrai dans les Suds du Nord est très supérieur au poids relatif de la population dans ce même territoire. Ce changement de profil indique que la population de Cambrai consomme bien plus de soins de chirurgie que celle des deux autres arrondissements. Par ailleurs, le poids relatif de la production de chirurgie est légèrement supérieur à celui de la consommation ; ce qui montre que l'offre devance la consommation et ne semble pas limiter (ou influencer) ce besoin important de consommation. Cela permet aussi de poser des hypothèses sur l'influence du comportement de la population ou sur celui de l'offre de soins.

Enfin, la comparaison de ces profils d'histogrammes permet d'établir une typologie des situations rencontrées ; ce qui constitue un élément de comparaison complémentaire entre les territoires.

Les soins Offre, recours et comportements

La population des zones des Suds du Nord a-t-elle un accès égal aux soins de recours (plateau technique et expertise de haut niveau) du nord des Suds ? Est-ce que la population des zones rurales a moins accès à la filière de soins ?

Le territoire des *Suds du Nord* dispose en périphérie de deux niveaux de recours en termes d'expertise et de plateau technique : le premier niveau se situe dans les aires urbaines de Douai-Lens et de Valenciennes ; le second (le plus élevé de la région) se trouve dans l'aire urbaine de Lille.

Tableau 28 : Part des fuites vers Valenciennes

	Nombre de séjours	Part des fuites en %	Part des séjours "lourds"	Part des fuites M	Part des fuites C	Part des fuites O
Cambrai						
Aire urbaine de Cambrai	930,4	4,42%	11,2%	58,2%	33,7%	8,0%
Aire urbaine de Caudry	550,13	11,32%	7,4%	76,0%	17,8%	6,2%
Commune à dominante rurale	1548,65	14,80%	13,4%	63,5%	23,7%	12,7%
Communes multipolarisées	1429,66	9,71%	11,9%	65,3%	23,8%	10,9%
Avesnes						
Aire urbaine de Maubeuge	1613,91	3,37%	20,7%	47,8%	33,8%	18,4%
Aire urbaine d'Aulnoye-Aymerie	492,18	8,36%	18,4%	54,1%	22,3%	23,6%
Aire urbaine de Fourmies	165,82	2,60%	14,1%	67,1%	26,4%	6,5%
Commune à dominante rurale	770,4	6,42%	16,0%	59,0%	24,0%	17,0%
Communes multipolarisées	3617,63	25,42%	14,2%	49,3%	31,3%	19,4%
Périphérie						
Aire urbaine de Douai-Lens	1765,76	1,04%	12,3%	28,2%	68,2%	3,4%
Hors Région	1077	4,62%	12,0%	54,4%	26,3%	19,1%
Aire urbaine de Lille	3919,92	1,17%	11,1%	56,3%	32,9%	10,8%

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

Tableau 29 : Part des fuites vers Douai-Lens

	Nombre de séjours	Part des fuites en %	Part des séjours "lourds"	Part des fuites M	Part des fuites C	Part des fuites O
Arras						
Aire urbaine d'Arras	5123,86	14,49%	12,3%	84,3%	11,8%	3,9%
Aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise	211,16	13,58%	16,5%	90,0%	9,3%	0,7%
Commune à dominante rurale	1001,84	9,65%	12,9%	83,8%	13,6%	2,5%
Communes multipolarisées	2357,45	23,90%	12,6%	76,2%	15,9%	7,9%
Périphérie						
Aire urbaine de Béthune	10482,55	12,66%	19,6%	64,5%	20,3%	15,2%
Hors Région	928	3,98%	19,4%	54,6%	25,4%	19,9%
Aire urbaine de Valenciennes	6028,36	4,27%	13,0%	59,2%	21,7%	19,1%

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

Pour les arrondissements de Cambrai et d'Avesnes, le premier niveau de recours est quasiment plus utilisé par la population des zones rurales et des petites aires urbaines que par celle de leurs zones urbaines principales. L'aire urbaine de Fourmies a un faible recours à l'aire urbaine de Valenciennes ; ce qui n'est pas le cas des communes multipolarisées. Ensuite, les populations de chaque arrondissement n'utilisent pas la périphérie proche pour les mêmes types de soins. L'arrondissement d'Avesnes est le seul à avoir une part de séjours dits "lourds" plus importante que la répartition totale. De plus, elle présente un taux particulièrement élevé de recours aux soins d'obstétrique et de chirurgie. Pour les arrondissements de Cambrai et d'Arras, la part de séjours dits "lourds" est plus faible à l'exception de l'aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise.

Enfin, la dominante rurale d'Arras diffère des deux autres car elle est bien en dessous des taux de fuites des populations des aires urbaines d'Arras et de Saint-Pol-sur-Ternoise, même si elle a le même taux que la dominante rurale d'Avesnes. Le comportement de fuite vers le nord particulièrement important des aires urbaines de l'arrondissement d'Arras brouille quelque peu les pistes en ce qui concerne l'appréciation de l'accessibilité de la zone rurale.

Ce qui surprend à propos de ce flux, c'est qu'il comporte peu de séjours dits "lourds" en comparaison des autres zones rurales ; ainsi, c'est moins pour une activité de recours que pour des soins légers que cette population se déplace vers le nord.

Tableau 30 : Part des fuites vers Lille

	Nombre de séjours	Part des fuites en %	Part des séjours "lourds"	Part des fuites M	Part des fuites C	Part des fuites O
Arras						
Aire urbaine d'Arras	3462,93	9,79%	18,8%	72,7%	20,9%	5,9%
Aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise	294,98	18,97%	24,3%	74,9%	20,6%	4,2%
Commune à dominante rurale	1242,91	11,98%	21,0%	78,5%	17,5%	3,5%
Communes multipolarisées	1155,12	11,71%	20,2%	72,9%	20,5%	6,1%
Cambrai						
Aire urbaine de Cambrai	2149,56	10,21%	24,4%	62,2%	27,9%	9,4%
Aire urbaine de Caudry	610,02	12,55%	19,6%	70,5%	21,9%	7,6%
Commune à dominante rurale	1109,62	10,60%	26,6%	66,0%	27,8%	5,9%
Communes multipolarisées	2000,88	13,59%	19,4%	71,7%	21,3%	6,4%
Avesnes						
Aire urbaine de Maubeuge	3846,51	8,03%	25,9%	67,4%	25,0%	7,2%
Aire urbaine d'Aulnoye-Aymeries	792,4	13,46%	22,2%	71,3%	23,5%	4,5%
Aire urbaine de Fourmies	608,81	9,54%	21,3%	73,5%	21,8%	4,6%
Commune à dominante rurale	1068,32	8,90%	28,1%	68,6%	25,9%	5,0%
Communes multipolarisées	1219,52	8,57%	25,6%	62,0%	30,4%	7,0%
Périphérie						
Aire urbaine de Béthune	17620,64	21,27%	13,9%	74,2%	16,8%	8,6%
Commune à dominante rurale Montreuil	897,38	7,92%	23,0%	77,4%	17,8%	4,2%
Aire urbaine de Douai-Lens	38499,77	22,64%	13,8%	73,0%	17,1%	9,5%
Hors Région	7528	32,32%	19,4%	68,0%	22,0%	8,9%
Région	33168	61,26%	12,3%	63,2%	19,2%	17,0%
Aire urbaine de Valenciennes	13593,63	9,62%	18,8%	69,5%	23,7%	6,2%

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

Pour les arrondissements d'Avesnes et de Cambrai, l'ensemble des flux vers Lille sont nettement supérieurs aux flux vers les zones de Douai-Lens et de Valenciennes. Même si l'aire urbaine d'Arras fait figure d'exception (du fait d'un échange important avec l'aire urbaine de Douai-Lens), ce n'est pas le cas des autres zones de ce troisième arrondissement qui court-circuitent aussi le premier niveau de recours. Ainsi, à quelques exceptions près, on constate un effet tunnel important entre les *Suds du Nord* et l'aire urbaine de Lille.

Ce qui est significatif pour ces flux, c'est un taux plus élevé de séjours dits "lourds" que dans les flux constatés jusqu'à présent dans l'étude, et ce quel que soit l'arrondissement. Cette augmentation n'est pas surprenante compte tenu de la position des structures de soins lilloises dans la filière de prise en charge régionale. En revanche, le taux de séjours "légers" reste nettement supérieur (plus de 70 %) au taux de séjours "lourds" ; ce qui signifie que même si la population se déplace plus pour des soins requérant un plateau technique spécifique ou une expertise particulière, elle fait majoritairement ce trajet vers les structures lilloises pour des soins dits "légers". Cette remarque questionne d'autant plus le positionnement en termes d'offre des structures de soins des arrondissements des *Suds du Nord*. Il apparaît logique que certains soins très spécifiques et très coûteux (mais aussi plus rares) soient localisés dans des structures de recours régionales et en conséquence que la population des *Suds du Nord* se déplace vers l'aire urbaine de Lille pour des soins qui

semblent pouvoir être de proximité. La population de l'arrondissement d'Avesnes reste celle qui a le plus recours aux soins dits "lourds" à l'extérieur des *Suds du Nord*.

Le niveau de recours aux structures lilloises est aussi plus utilisé par les zones rurales que par les aires urbaines principales des trois arrondissements, avec des taux de flux dits "lourds" plus importants. Ainsi, même si ce recours semble plus souvent "imposé" par la nécessité de recourir à des soins plus spécifiques, les zones à dominante rurale ont plus accès à la périphérie lilloise. Cependant on ne peut conclure que ces zones ont davantage accès aux soins de manière générale, car les aires urbaines principales disposent sur place d'une offre de soins plus complète. Toutefois l'aire urbaine de Maubeuge ayant une faible fuite, la zone rurale de cet arrondissement se trouve isolée tout autant.

Enfin, les petites aires urbaines de Saint-Pol-sur-Ternoise, d'Aulnoye-Aymeries et de Caudry ont des taux de fuites particulièrement importants alors qu'elles se trouvent toutes les trois à proximité d'une aire urbaine principale (effet tunnel). Ces flux comprennent un taux important de séjours dits "lourds".

L'aire urbaine de Cambrai a un recours à la périphérie plus important que l'aire urbaine d'Arras, tandis que celle de Maubeuge semble subir l'isolement de l'arrondissement d'Avesnes.

Les soins Offre, recours et comportements

Pour ce qui est de l'accès aux soins lillois, les dominantes rurales sont mieux placées que leur aire urbaine principale sans pour autant entrer en concurrence avec les petites aires urbaines qui court-circuitent clairement leur aire urbaine principale.

Sur le plan de la filière de soins et des niveaux de recours, la population des *Suds du Nord* court-circuite la périphérie proche pour avoir recours quantitativement et qualitativement aux structures de soins de l'aire urbaine de Lille. Néanmoins, même si le premier niveau de recours ne semble pas proposer une offre de soins différente de celle des *Suds du Nord*, il y a un recours classique aux soins dits "lourds" (sauf pour l'arrondissement d'Avesnes), la population recourt à une offre de soins lillois majoritairement pour des soins dits "légers" ; ce qui questionne cette notion de légèreté. La notion de légèreté implique

qu'il s'agit de soins ne requérant pas de plateau technique particulier, ni d'expertise spécifique ; ce qui sous-tend que ces soins peuvent être réalisés par une structure de proximité, or il ne semble pas que ce soit le cas d'une partie des soins des *Suds du Nord* qui fuit vers Lille.

COMPARAISON AVEC LES DÉPLACEMENTS DOMICILE–TRAVAIL

Les fuites sont caractéristiques de comportements de la population, d'informations sur l'offre de soins d'un arrondissement ; c'est pourquoi la comparaison à un autre type de flux permet d'identifier s'il s'agit d'un comportement spécifique à des critères hospitaliers ou inhérent à la population.

Tableau 31 : Déplacements Domicile–Travail et Domicile–Hôpital

Domicile \ Travail/Hôpital	ARRAS		CAMBRAI		MAUBEUGE		MULTIPOLARISÉE : AVESNES-SUR-HELPE		DOUAI-LENS		VALENCIENNES	
	Travail	Hôpital	Travail	Hôpital	Travail	Hôpital	Travail	Hôpital	Travail	Hôpital	Travail	Hôpital
ARRAS	37782	25945,7	173	56,6	19	9,8	18	10,34	5966	8973,4	238	58,5
CAMBRAI	180	68,64	14647	17361	73	28,8	140	135,17	775	940,6	1479	3210,5
MAUBEUGE	14	3,07	50	8,1	28975	41635,9	2340	6274,3	126	21,86	1270	714,5
DOUAI-LENS	3487	5123,9	625	387,5	88	29,21	71	19	120062	113554	5354	6028,36
VALENCIENNES	132	66,1	1303	930,4	988	1613,9	2245	3617,6	3626	1765,8	96098	116597
LILLE	1613	3462,9	616	2149,6	414	3846,5	440	1219,5	21424	38499,8	8603	13593,6

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

Arras, terre d'échange avec le Bassin minier ; Cambrai, zone d'attraction de Valenciennes

Deux groupes de flux attirent l'attention par leur particularité :

- Les premiers sont les échanges entre l'aire urbaine de Cambrai et l'aire urbaine de Valenciennes.

Effectivement, les flux de population concernant le travail sont quasiment équivalents ; ainsi y a-t-il presque autant d'habitants de l'aire urbaine de Valenciennes qui vont travailler à Cambrai et vice versa. Fait surprenant, les flux hospitaliers ne suivent pas cette tendance. En effet, l'aire urbaine de Cambrai attire plus de trois fois plus de population de Valenciennes que Valenciennes n'attire d'habitants de Cambrai. C'est d'autant plus particulier que l'aire urbaine de Valenciennes produit près de trois fois plus de soins que celle de Cambrai. Ainsi l'on constate un comportement inhabituel de la population de Valenciennes qui fuit

l'offre de soins de son territoire de proximité ; ce qui, du côté des *Suds du Nord*, montre une attractivité certaine de l'offre de soins. Ce n'est sûrement pas sans lien avec la consommation importante de soins de cet arrondissement, notamment en chirurgie.

À titre de comparaison avec une aire aussi proche de Valenciennes que celle de Cambrai, l'aire de Maubeuge exerce une attraction plus faible au niveau hospitalier qu'au niveau travail, alors que sa population a un recours aux soins de l'aire urbaine de Valenciennes plus important proportionnellement à ses déplacements domicile-travail vers cette même zone. Ainsi l'aire urbaine de Maubeuge se trouve-t-elle, en regard de celle de Valenciennes, dans la même situation à une échelle moins importante que ne l'est l'aire urbaine de Valenciennes par rapport à celle de Cambrai.

- Les seconds flux spécifiques sont les échanges les plus importants vers l'extérieur des *Suds du Nord* : ceux qui ont lieu entre

l'aire urbaine d'Arras et l'aire urbaine de Douai-Lens. Effectivement, on constate depuis le début de ce chapitre que la population d'Arras fuit son offre de soins en grande partie vers l'aire urbaine de Douai-Lens. On s'aperçoit que c'est aussi le cas pour les déplacements domicile-travail, même si le nombre est plus faible. La surprise, compte tenu de la taille de ces deux aires urbaines, est que l'attraction d'Arras est plus importante en valeur absolue que celle de Douai-Lens. Autrement dit, non seulement la population d'Arras fuit son offre de soins de proximité mais en plus, dans l'offre de soins des structures d'Arras, une partie encore plus importante est consommée par les habitants de Douai-Lens. Ce comportement se retrouve en outre, comme l'illustre le cas d'Arras vers Douai-Lens, dans les flux domicile-travail mais dans une moindre mesure.

Ce qui est remarquable, ce sont les rapports entre ces différents flux. Les rapports entre les flux hospitaliers et les flux de travail pour ces deux arrondissements sont de l'ordre de 1,5 et les rapports des flux hospitaliers d'une part et des flux domicile-travail d'autre part sont aussi du même ordre de grandeur, soit 1,7 quand les flux les plus importants sont au numérateur. Ainsi, les comportements de la population d'Arras qui se rend vers Douai-Lens pour travailler ou se soigner, comprend des caractéristiques qui peuvent sembler s'appliquer à la population qui fait le chemin inverse, même si cette dernière est plus importante.

Ces constats vont effectivement à l'encontre des remarques de certains informateurs-clés sur l'absence d'échange entre ces deux aires urbaines pour des motifs culturels.

La découverte d'un territoire fortement tourné vers le nord pour le recours aux soins

En effet, seules les aires urbaines principales et l'aire urbaine de Fourmies peuvent potentiellement répondre quantitativement à la consommation de leurs zones respectives. Ces pôles de soins ne sont alors pas en mesure de répondre complètement aux besoins de recours de la population totale de leur arrondissement.

Seules l'offre de soins d'obstétrique à Arras et à Cambrai et celle de chirurgie à Cambrai pourraient subvenir aux besoins de la population de leur arrondissement respectif.

Ces non-couvertures des soins potentielles ne concernent pas essentiellement les soins dits "lourds", mais aussi des soins dits "légers" dans le cas des arrondissements d'Arras et d'Avesnes, alors que des soins dits "légers" devraient être, par nature, réalisables dans les structures de proximité.

L'équilibre peut se faire dès lors que la population utilise l'offre de soins du nord des *Suds du Nord*; autrement dit, la périphérie proche composée principalement des aires urbaines de Douai-Lens et de Valenciennes, et de la périphérie plus lointaine de l'aire urbaine de Lille où se concentrent les soins de haute technicité et requérant une expertise spécifique.

Confirmation de l'attractivité de Cambrai et d'Arras, Maubeuge semble plus isolé

L'attraction de chaque territoire correspond à la part de la population extérieure au territoire recrutée par les établissements de soins de ce dernier.

Plusieurs facteurs peuvent influencer l'attraction d'une structure de soins : l'image auprès de la population (médias, histoire...), la proximité, la présence de compétences ou de techniques spécifiques, le comportement de consommation et le profil social de la population (habitudes de travail, moyens de transport...), les réseaux professionnels informels et formels, la présence d'une offre concurrentielle dans un environnement proche, le coût des soins (couverture par l'assurance maladie, avance de soins...).

Tout d'abord, les petites zones urbaines de Fourmies et de Saint-Pol-sur-Ternoise et la dominante rurale de Cambrai ont un taux particulièrement élevé de recrutement extérieur à leur territoire. Ceci correspond, dans la mesure de la fiabilité du PMSI pour les petits établissements de soins, aux taux de fuites importants des populations vers d'autres centres de soins. Ces structures semblent désertées par leur population de proximité pour être utilisées par un territoire périphérique, notamment la Belgique pour Fourmies qui a le taux de recrutement à l'étranger le plus important des *Suds du Nord*.

Les soins Offre, recours et comportements

Tableau 32 : Taux d'attraction

	Production de soins		Attraction		Taux d'attractivité (% de séjours)	
	Séjours	Points ISA	Séjours	Points ISA	Séjours	Points ISA
Arras	48172,99	39977208,03	13062,93	9326594,25	27,1%	23,3%
Aire urbaine d'Arras	48033,98	39885061,01	22088,25	17468286,94	46,0%	43,8%
Aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise	139,01	92147,02	103,62	69122,84	74,5%	75,0%
Commune à dominante rurale	-	-	-	-	-	-
Communes multipolarisées	-	-	-	-	-	-
Cambrai	49757	36268287,95	11118,59	7979575,08	22,3%	22,0%
Aire urbaine de Cambrai	45849,01	33420824,99	28488,06	21198206,66	62,1%	63,4%
Aire urbaine de Caudry	-	-	-	-	-	-
Commune à dominante rurale	3500,99	2510957,97	1897,59	1344259,15	54,2%	53,5%
Communes multipolarisées	407	336504,99	407	336504,99	100,0%	100,0%
Avesnes	79351,01	51575016,01	8708,7	6008146,29	11,0%	11,6%
Aire urbaine de Maubeuge	65117,02	36435221,01	23481,11	11274211,93	36,1%	30,9%
Aire urbaine d'Aulnoye-Aymerie	-	-	-	-	-	-
Aire urbaine de Fourmies	11718	11747570,99	8030,86	8234207,24	68,5%	70,1%
Commune à dominante rurale	1685,99	2280434	636,7	863659,65	37,8%	37,9%
Communes multipolarisées	830	1111790,01	340,29	471990,27	41,0%	42,5%
Périphérie	-	-	-	-	-	-
Aire urbaine de Bethune	70508,99	57189665,03	18915,08	14155892,41	26,8%	24,8%
Aire urbaine de Douai-Lens	146708,02	136264453	33154,3	30260515,28	22,6%	22,2%
Aire urbaine de Valenciennes	135989,01	113999345	19391,74	17684050,07	14,3%	15,5%
Aire urbaine de Lille	507035	421830394	182621,36	162641563,1	36,0%	38,6%

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

Les taux d'attraction des aires urbaines principales sont importants du fait du recrutement interne aux arrondissements ; ce qui les situe bien dans leur rôle d'hôpital-pivot (malgré la présence d'effets tunnels les court-circuitant). Par ailleurs, on retrouve le taux d'attraction particulièrement élevé de l'arrondissement d'Arras ; ce qui montre effectivement des activités concurrentielles dans ce territoire alors que la population de cette zone fuit ses structures de soins.

Cambrai, quant à lui, se caractérise par l'attraction la plus élevée des pôles de soins importants des *Suds du Nord*. En effet, l'offre de soins apparaît particulièrement attractive et concurrentielle à l'intérieur et à l'extérieur des *Suds du Nord*. D'autres éléments de ce chapitre ont montré que cette attraction porte surtout sur les soins de chirurgie.

Enfin, le taux le plus faible de l'attraction de Maubeuge associé au taux de fuite moindre de ce territoire confère à cette zone un isolement par rapport à l'extérieur.

COMPARAISON DU NOMBRE DE SÉJOURS (HORS AMBULATOIRE) PAR RAPPORT AU NOMBRE DE LITS MCO (PRODUCTIVITÉ)

Le ratio de répartition du nombre de séjours par nombre de lits fournit un complément d'information, même s'il est à manipuler avec précaution. Il ne peut se suffire à lui-même car

la lourdeur des pathologies, pour ne citer qu'elle, n'est pas prise en compte alors qu'elle a un impact sur la durée et le nombre de séjours. Ainsi le nombre de lits et de séjours peut-il parfois induire des conclusions décalées pour des structures qui, par exemple, ont tendance à prendre en charge des soins plus lourds.

Le nombre de séjours MCO des petites aires urbaines semble peu significatif.

Des ratios de productivité apparemment élevés pour Maubeuge et Cambrai

Lorsque l'on compare la productivité des structures des aires urbaines principales, l'aire urbaine de Maubeuge présente un ratio très élevé par rapport à celles d'Arras et Cambrai, même si l'aire urbaine de Cambrai est la seconde.

Tableau 33 : Nombre de lits dans les *Suds du Nord*

Libellés des aires urbaines 1999, rurales et multipolarisées	Nombre de séjours MCO non ambulatoires	Nombre de lits MCO	Ratio séjours / lits MCO
Arras	39733,0	787	50,5
Aire urbaine d'Arras	39622,0	672	59,0
Aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise	111,0	115	1,0
Commune à dominante rurale	-	26	-
Cambrai	38247,0	661	57,9
Aire urbaine de Cambrai	35264,0	551	64,0
Commune à dominante rurale	2580,0	85	30,4
Communes multipolarisées	403,0	25	16,1
Avesnes	71812,0	832	86,3
Aire urbaine de Maubeuge	59070,0	594	99,4
Aire urbaine de Fourmies	10260,0	161	63,7
Commune à dominante rurale	1652,0	57	29,0
Communes multipolarisées	830,0	20	41,5

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

La surconsommation de soins de médecine de l'aire urbaine de Maubeuge paraît engorger l'activité des structures de cette aire, ce qui correspond à des interrogations de certains informateurs-clés sur la difficulté à gérer des flux de médecine générale dans ce territoire. La forte consommation de soins de chirurgie dans des quantités plus faibles en nombre que les soins de médecine peut expliquer le ratio de Cambrai. Pour l'aire urbaine d'Arras, la faible consommation par la population de certains soins et l'adaptation de l'offre à ces comportements (avec un flux important de population) donnent le ratio le plus faible des trois aires urbaines principales des *Suds du Nord*.

Répartition des lits MCO dans les zones des *Suds du Nord*

La démarche vise à comparer la répartition du nombre de lits au regard de la répartition de la population.

LE NOMBRE DE LITS LE PLUS BAS EN OBSTÉTRIQUE ET EN CHIRURGIE POUR MAUBEUGE

L'arrondissement d'Avesnes présente (malgré le pourcentage le plus élevé de lits au total) la plus grande inégalité de répartition en fonction des groupes de spécialités. C'est surtout

en obstétrique que le ratio est le plus bas par rapport au poids de la population ; d'autant plus que le taux de naissance est le plus important des *Suds du Nord*. Le ratio est également particulièrement bas en chirurgie. On a constaté que dans les fuites (même si ce ne sont pas les plus considérables des *Suds du Nord*), prédomine le recours aux soins d'obstétrique et de chirurgie par rapport à la répartition habituelle dans l'arrondissement. Ainsi semble-t-on identifier l'une des raisons de l'inadéquation de l'offre par rapport à la population.

L'arrondissement de Cambrai surprend par la part importante de lits d'obstétrique par rapport au poids de la population et par rapport aux autres arrondissements. C'est d'ailleurs le pourcentage le plus élevé des *Suds du Nord*. La part de lits de chirurgie est légèrement supérieure. Le nombre de lits ne paraît donc pas être une explication de la production importante de soins de chirurgie. Cela met un peu plus en avant les caractéristiques de la population.

L'arrondissement d'Arras semble bénéficier de la répartition de lits correspondant le plus au profil de sa population en dépit d'un pourcentage faible de lits d'obstétrique.

L'arrondissement d'Avesnes semble être positionné sur une offre importante de soins de moyens séjours.

La répartition des lits de psychiatrie apparaît la plus faible pour Arras et Avesnes.

Tableau 34 : Répartition du nombre de lits

Libellés des aires urbaines 1999, rurales et multipolarisées	Population totale en 1999	Répartition MCO non ambulatoire	Répartition lits MCO	Lits autorisés Médecine 99	Lits autorisés Chirurgie 99	Lits autorisés Obstétrique 99	Lits autorisés moyens séjours 99	Lits autorisés Psychiatrie 99
Arras	36,7%	26,5%	35,3%	38,6%	36,5%	25,4%	30,9%	32,7%
Cambrai	25,1%	25,5%	28,7%	21,9%	26,5%	47,5%	23,8%	32,3%
Avesnes	38,2%	47,9%	36,1%	39,5%	37,0%	27,1%	45,3%	35,0%

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

Les soins Offre, recours et comportements

Ainsi, les lits d'obstétrique apparaissent inégalement répartis par rapport à la population et compte tenu des caractéristiques de la population des différents arrondissements des *Suds du Nord*. Cependant, outre les besoins de la population et ses comportements, la répartition des lits est conditionnée par la présence en nombre de praticiens de spécialités. Par ailleurs, la répartition des lits et notamment des activités d'obstétrique ne peut s'envisager sans celle de la prise en charge des IVG, par le simple fait que les compétences médicales sont communes. Certains informateurs-clés ont émis le souhait de dissocier ces activités entre des établissements de soins différents, au-delà des questions éthiques nécessaires à aborder, le risque de disséminer des compétences médicales peut se faire au détriment de la qualité de certaines activités actuellement réalisées par les mêmes praticiens dans les mêmes structures.

RÉPARTITION DES ÉQUIPEMENTS LOURDS DANS LES ZONES DES *SUDS DU NORD* (TABLEAUX DE 1996)

Les équipements lourds ont un impact considérable sur l'attraction d'une structure de soins. La France est généralement en retard par rapport à ses homologues européens ; les *Suds du Nord* ne semblent pas faire exception à la règle.

La répartition des équipements lourds impose à la population des *Suds du Nord* de recourir aux structures de soins extérieures au territoire. Ces éléments conditionnent aussi le rôle des structures de proximité et leur positionnement dans la filière de soins.

Tableau 35 : Équipement lourds

Etablissement d'implantation de l'équipement	Équipement installé : nombre de Scanographes	Équipement installé : nombre d'Angiographes	Équipement installé : nombre d'Imageries par Résonance Magnétique	Équipement installé : nombre d'Accélérateurs de Particules	Équipement installé : nombre de Caméras à scintillation
Arras	2	3	0	2	2
Cambrai	1	1	0	0	0
Avesnes	2	1	0	1	0
Prérophérie proche	7	9	3	3	2

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

Part du développement de l'activité ambulatoire dans les zones des *Suds du Nord*

L'activité ambulatoire constitue une avancée relativement aux modes de prise en charge ; cela se traduit par une adaptation du système de soins à la population, en proposant notamment des durées de séjours très courtes et un suivi approprié.

Ainsi l'arrondissement de Cambrai a-t-il développé une forte activité ambulatoire par rapport aux deux autres arrondissements.

Ce qui est surprenant, c'est la constance des pourcentages à l'intérieur des arrondissements, comme si le développement des activités ambulatoires était une dynamique interne aux arrondissements.

Tableau 36 : Part des séjours ambulatoires

Lieu de domicile des patients	Nombre de séjours consommés	Part des séjours ambulatoires consommés	Part des séjours ambulatoires produits	Taux de fuite	Taux d'attraction
Arras	57165,39	15,5%	-	31,6%	4,9%
Aire urbaine d'Arras	35371,57	15,3%	17,5%	18,7%	8,3%
Aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise	1554,66	15,9%	20,1%	97,3%	15,4%
Commune à dominante rurale	10377,09	14,9%	-	100,0%	-
Communes multipolarisées	9862,07	16,7%	-	100,0%	-
Cambrai	51097,29	21,8%	-	15,4%	4,2%
Aire urbaine de Cambrai	21053,21	23,8%	23,1%	13,3%	13,6%
Aire urbaine de Caudry	4858,99	20,1%	-	100,0%	-
Commune à dominante rurale	10467,09	19,3%	26,3%	80,9%	15,3%
Communes multipolarisées	14718	21,3%	1,0%	100,0%	1,0%
Avesnes	86374,91	10,4%	-	27,7%	1,3%
Aire urbaine de Maubeuge	47874,44	10,3%	9,3%	17,7%	3,1%
Aire urbaine d'Aulnoye-Aymerie	5886,97	11,4%	-	100,0%	-
Aire urbaine de Fourmies	6382,11	11,4%	12,4%	33,1%	8,3%
Commune à dominante rurale	11997,46	9,1%	2,0%	98,3%	0,9%
Communes multipolarisées	14233,93	10,9%	0,0%	100,0%	0,0%

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

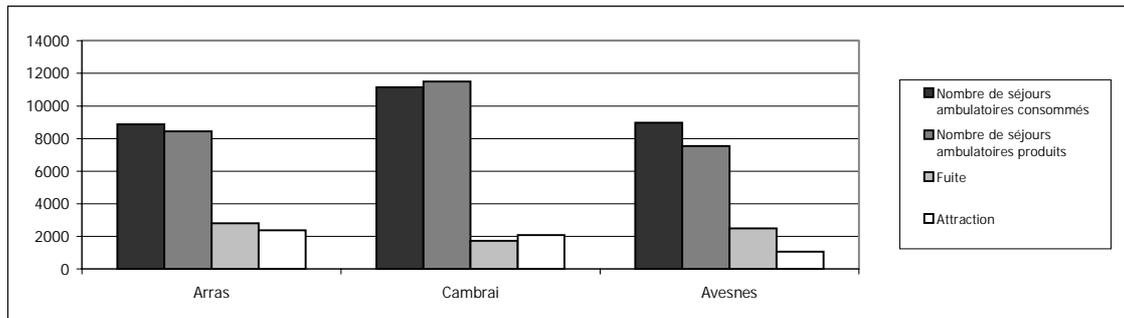
Pour Cambrai, en effet, l'offre s'est adaptée et semble correspondre à la demande car les fuites en ambulatoire sont faibles.

Il n'en va pas de même d'Arras et encore moins d'Avesnes qui présentent des fuites plus

importantes de séjours ambulatoires.

L'offre de soins paraît avoir peu développé ce mode de prise en charge à Avesnes ; on le retrouve dans l'attraction très faible de cet arrondissement.

Graphique 19 : Consommation et production de soins ambulatoires dans les *Suds du Nord* (nombre de séjours)



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

L'arrondissement d'Avesnes a donc peu développé les soins ambulatoires alors que cela semble correspondre à un besoin de la population puisqu'elle cherche à le satisfaire en dehors de l'arrondissement. Concernant l'arrondissement d'Arras, on peut soupçonner comme pour les soins non ambulatoires des mouvements importants avec la population de l'aire urbaine de Douai-Lens.

Du point de vue des informateurs-clés, la prise en charge ambulatoire n'est pas toujours évidente à mettre en place. C'est le cas des consultations avancées de gynécologie qui sont positionnées comme relais en amont de l'hospitalisation classique dans les établissements qui n'ont plus de lits d'obstétrique. Effectivement, plusieurs informateurs-clés ont constaté les faibles files actives de ces consultations, les parturientes semblant préférer les consultations prénatales dans les établissements qui les prendront en charge pour l'accouchement, car elles ont alors affaire au même professionnel tout au long de la prise en charge.

Démographie médicale et paramédicale actuelle et future

RÉPARTITION PAR ZONE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES / SPÉCIALISTES / OBSTÉTRICIENS / PSYCHIATRES

La démographie médicale intervient comme la préoccupation majeure des professionnels de santé interrogés.

Pour analyser la démographie médicale, il convient de séparer l'analyse des médecins généralistes de celle des médecins spécialistes car leurs répartitions ont des particularités bien distinctes.

Dans les *Suds du Nord*, le nombre d'habitants par médecin généraliste est le même que dans le reste de la région. L'aspect rural des *Suds du Nord* ne semble pas avoir de répercussions sur le nombre total de médecins dans ce territoire.

Encore une fois, la répartition régionale relativement homogène cache de fortes particularités dans les territoires des *Suds du Nord*.

La densité de médecins varie en diminuant de l'ouest vers l'est : l'arrondissement d'Arras a un taux important d'habitants par praticien par rapport à la région ; celui de Cambrai dépasse légèrement la moyenne régionale ; la densité est nettement inférieure pour l'arrondissement d'Avesnes-sur-Helpe.

Ce contraste est encore plus marqué à l'intérieur des arrondissements.

D'une part, l'arrondissement d'Arras présente le plus fort contraste entre ses aires urbaines et sa dominante rurale (densité la plus faible des *Suds du Nord*). Ce point est peut-être à nuancer avec le taux de voiture par habitant particulièrement élevé dans ce territoire.

D'autre part, l'arrondissement de Cambrai aurait le même profil que celui d'Arras si l'aire urbaine de Caudry n'avait pas la densité la plus faible de tout le territoire des *Suds du Nord*.

Les soins Offre, recours et comportements

Enfin, le profil de l'arrondissement d'Avesnes-sur-Helpe est l'inverse de celui des deux autres. Les aires urbaines et multipolarisées (plus denses en population) ont une densité plus faible de médecins généralistes que la dominante rurale. On retrouve la logique du solde migratoire où l'attractivité de la dominante rurale est supérieure à celle de l'aire urbaine. Y aurait-il une corrélation directe entre l'attraction des territoires et la densité mé-

dicale ? Cela semblerait logique ; les médecins constituent un sous-système de la population et ils choisissent librement leur lieu d'exercice. De toute façon, la faiblesse du taux de médecins généralistes dans les aires urbaines explique en partie le taux important de soins de médecine consommés dans cet arrondissement. Il y aurait donc un report de ce besoin de soins de la population sur le système hospitalier.

Tableau 37 : Nombre d'habitants par praticien

Zone (code INSEE)	Nombre de spécialistes	Nbre de spécialistes en Gynécologie-Obstétrique	Nbre d'hbt par spécialiste en Médecine	Nbre d'hbt par médecin généraliste	Nbre d'hbt par spécialiste en Gynécologie-Obstétrique	Nbre d'hbt par spécialiste en Psychiatrie	Nbre d'hbt par spécialiste
Arras	179,0	19,0	1915,8	582,2	11797,6	10188,8	1252,3
Aire urbaine d'Arras	157,0	16,0	1205,2	458,1	7758,6	5911,3	790,7
Aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise	18,0	2,0	962,3	481,1	5292,5	10585,0	588,1
Commune à dominante rurale	3,0	-	16809,0	900,5	-	-	16809,0
Communes multipolarisées	1,0	1,0	-	1083,5	39005,0	-	39005,0
Cambrai	131,0	11,0	1702,6	660,5	13930,6	10215,8	1169,7
Aire urbaine de Cambrai	110,0	10,0	805,3	565,2	5878,4	4198,9	534,4
Aire urbaine de Caudry	5,0	-	2826,2	831,2	-	-	2826,2
Commune à dominante rurale	15,0	1,0	3393,9	704,4	37333,0	37333,0	2488,9
Communes multipolarisées	1,0	-	42989,0	741,2	-	-	42989,0
Avesnes	173,0	13,0	1958,2	714,8	17925,0	13707,4	1347,0
Aire urbaine de Maubeuge	117,0	8,0	1433,3	730,0	14691,6	9794,4	1004,6
Aire urbaine d'Aulnoye-Aymeries	7,0	-	4014,4	802,9	-	-	2867,4
Aire urbaine de Fourmies	28,0	3,0	1071,8	451,3	5716,0	5716,0	612,4
Commune à dominante rurale	10,0	1,0	4268,8	599,1	34150,0	-	3415,0
Communes multipolarisées	11,0	1,0	5515,3	980,5	44122,0	22061,0	4011,1
SUDS DU NORD	483,0	43,0	1872,4	647,3	14195,7	11304,0	1263,8
HORS SUDS DU NORD	3881,0	354,0	1281,9	644,0	9563,4	7097,4	872,3
REGION	4364,0	397,0	1346,8	644,5	10065,2	7525,2	915,6

Source : Fichier ADELI, DRASS Nord – Pas-de-Calais. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Si, globalement, les médecins généralistes sont autant présents dans les *Suds du Nord* que dans le reste de la région, on ne peut pas en dire autant de leurs confrères spécialistes.

Il y a en moyenne 50 % d'habitants en plus par praticien dans les *Suds du Nord* que dans le reste de la région.

Les spécialistes sont apparemment répartis de manière classique dans les aires urbaines. Ainsi, les densités les plus élevées de spécialistes (comparées à la moyenne régionale) se situent à Cambrai et Arras pour les aires urbaines principales, et à Saint-Pol-sur-Ternoise et Fourmies pour les plus petites.

Les zones où ils sont quasi inexistantes sont les zones multipolarisées de Cambrai et d'Arras, et la dominante rurale d'Arras.

À première vue, les zones à dominante rurale et multipolarisées semblent faire baisser la moyenne de spécialistes des trois arrondissements.

Pourtant, si l'on isole les spécialités obstétricales et psychiatriques, on peut ajouter à une présence plus faible des spécialistes, une répartition peu satisfaisante.

En effet, l'aire urbaine de Maubeuge comprend près de deux fois plus d'habitants par spécialiste en obstétrique et en psychiatrie que les deux autres aires urbaines principales de Cambrai et Arras.

L'absence de ces deux spécialités à Aulnoye-Aymeries ne fait qu'augmenter ce déficit.

L'aire urbaine de Caudry offre le même profil, mais dispose de ces deux spécialités dans l'aire urbaine de Cambrai (qui est la plus dense des *Suds du Nord*).

Les réseaux de santé dans les Suds du Nord : entre discours et réalité

L'enjeu de ce mode d'organisation est tel, qu'il apparaît primordial de préciser de quoi il s'agit.

Le réseau est donc avant tout un mode d'organisation qui fait intervenir plusieurs professionnels de la santé de secteurs d'activités et géographiques différents pour réaliser des objectifs communs. Ce mode d'organisa-

tion peut être informel ou très structuré avec un cadre juridique formalisé et un système d'information complexe (dossier patient partagé...). Ce mode d'organisation a parfois été défini par le positionnement géographique de ses participants (réseaux ville-hôpital ou hôpital-hôpital), ou par le secteur d'activité des participants (médico-social), ou par le type de pathologie pris en charge (réseaux diabète, cancérologie...), ou enfin par le type de population pris en charge (réseau gérontologique, pédiatrique).

Le fait de définir l'Outil avant de savoir à quoi il sert, crée parfois un flou dans la définition des réseaux de santé et des nombreux échecs dans la réalisation de ce type d'entreprise. C'est le cas des réseaux villes-hôpitaux qui ont parfois du mal à fonctionner car, par définition, on cherche avant tout à créer un lien entre les médecins de ville et l'hôpital bien que l'on ne sache pas toujours pourquoi. C'est effectivement ce que l'on constate dans le territoire des Suds du Nord, où les finalités des réseaux énoncés par les informateurs-clés pourraient être mieux identifiées tandis que d'autres sont imposées par les textes de lois, c'est pourquoi elles apparaissent en fin de compte floues du point de vue organisationnel. Il en est de même pour leur niveau de maturation, les réseaux semblent être toujours en cours de mise en place ou sont alors qualifiés d'informels.

En d'autres termes, le point d'entrée est bien le ou les objectifs communs à l'ensemble de ces acteurs. D'ailleurs, lorsque les objectifs sont bien définis, il apparaît ensuite que l'organisation en réseau n'est pas toujours la plus pertinente.

Même si chaque situation est différente, certains objectifs généraux sont récurrents pour améliorer la prise en charge du patient :

- Assurer une meilleure complémentarité et continuité des soins ;
- Favoriser une prise en charge de proximité ;
- Favoriser la pluridisciplinarité (diagnostic, consultation, suivi) ;
- Diffuser et échanger du savoir et du savoir-faire ;
- Mieux répartir les moyens.

Ainsi, dans l'étude, la mise en réseau est proposée pour organiser la gradation des soins entre des établissements de santé (qui fait quoi et quand). Les médecins de ville sont plutôt utilisateurs de ces réseaux et ne peuvent d'ailleurs matériellement pas être membres de tous ces réseaux. Il apparaît cependant pertinent qu'ils soient consultés car leurs choix en termes d'adressage sont décisifs dans l'organisation des filières.

Enfin, à la décharge des porteurs de projets de réseaux de santé, l'absence d'objectif consensuel cumulée à des priorités politiques explicites qui tardent à se définir, engendre la non-formulation de critères d'évaluation pertinents ; ce qui maintient le flou artistique sur l'identification et la reconnaissance des réseaux de santé.

Propositions

Cette étude aboutit à un ensemble de propositions et d'axes de développement qui découlent de la somme des constats des informateurs-clés (validés ou complétés par cette

étude), des éléments statistiques mis en œuvre, de la bibliographie et de la synthèse de ces sources d'information.

Des propositions à l'action : entre directivité et participatif

L'objectif de cette étude est d'apporter des données objectives et de favoriser l'émergence de dynamiques territoriales, d'aider à la décision. C'est pourquoi nous l'avons voulue la plus ouverte possible, tant dans l'accessibilité de sa lecture que dans la diversité des champs et thématiques couverts, puisque notre rôle est de toucher le plus large public possible.

Si l'air du temps en santé publique a été, dans le Nord – Pas-de-Calais au cours de ces dernières années, celui d'une certaine spontanéité partagée, il reste qu'à une certaine échelle territoriale, une telle étude apporte les confirmations des ressentis et hypothèses, les réfutations de certitudes infondées et une mise en perspective que nous savons utiles, sur la base de nos précédentes expériences menées tant dans le Bassin houiller que sur le Littoral.

Notre intention est donc d'apporter aux décideurs locaux ou régionaux, et dans la mesure du possible aux habitants eux-mêmes (directement ou par le relais des médias), une base diagnostique étayée susceptible d'instiller une vision commune de la situation actuelle des Suds du Nord et de favoriser la mise en place de projets adaptés aux conditions locales pour les cinq à vingt ans à venir.

À ce stade, il nous semble utile de sensibiliser les futurs promoteurs porteurs de projets (institutions sanitaires et sociales, décideurs hospitaliers...) et les grands entrepreneurs territoriaux (élus et chargés de mission des nouvelles instances intercommunales par exemple) à propos de leurs stratégies et démarches probables. Ceux-ci oscilleront entre participation et directivité.

"Seul l'autre peut faire son projet" écrit JP Boutinet dans Anthropologie des conduites de projet¹. Ceci signifie que la conception d'un projet créant les conditions de sa réussite, doit faire participer les principaux acteurs qui réaliseront ce même projet. Tout acteur peut alors aussi définir, en tant que porteur, l'orientation de son projet. Il y aura autant d'orientations que d'acteurs.

Cependant, lors des périodes de contraintes, ce qui est par exemple ici le cas pour le nombre de médecins, des choix stratégiques doivent être opérés. Ces choix sont empreints de directivité.

Ainsi, le souhait ou l'intention de rétablir plus d'équité entre les territoires peut impliquer de limiter le participatif en imposant aux porteurs de projet des contraintes en termes de profil professionnel, de lieu géographique... afin que la logique de l'ensemble soit aussi privilégiée. Ainsi aux niveaux stratégique, tactique et opérationnel (Raynault Pinault, Carol Daveluy, 1995), un projet peut rester directif dans certaines circonstances.

Ces remarques qui concernent les filières de soins complètes, tant la prévention que le curatif, ont pour objet de poser comme postulat que l'utilisation de nos propositions nécessitent, suivant les cas, une mixité des méthodologies de projets, alliant des démarches avec une composante directive pour garder une cohérence territoriale et des démarches plus participatives. Ceci est d'autant plus prévisible que plusieurs professionnels d'horizons différents seront amenés à travailler ensemble. De plus, la méthodologie de l'appel à projet, fréquemment utilisée dans le domaine de la santé, semble souvent privilégier une seule démarche et souffre parfois d'un manque de cohérence faute d'une solide méthode d'évaluation.

¹ J.P. Boutinet. L'anthropologie des conduites de projet. Paris : PUF, 1992.

I – S’inscrire dans un dispositif régional et développer les partenariats afin de minimiser les effets des pénuries médicales et paramédicales

La question de la démographie médicale est et sera l’un des premiers enjeux régionaux de santé pour les deux ou trois décennies à venir. À ce titre, les acteurs des *Suds du Nord* ne devront pas manquer de s’inscrire et de participer aux politiques et dispositifs d’actions publics qui devraient se déployer très prochainement dans la région. L’échelon régional est sans doute le plus pertinent face à ce problème et l’on voit mal des initiatives exclusivement locales parvenir à résoudre seules cette question.

Certes, il est envisageable, dans une certaine mesure, de pallier les effets négatifs de cette crise en mettant l’accent sur la mise en place de partenariats locaux, dans lesquels la logique territoriale prendrait le pas sur des intérêts catégoriels. Le schéma de services collectifs sanitaires évoque d’ores et déjà cette nécessité dans l’ensemble du territoire français.

De nombreux informateurs-clés de même zone ont décrit leur volonté forte et les difficultés de développer des collaborations avec les structures proches pour ce qui est du domaine hospitalier, et entre pôles urbains pour ce qui est de l’offre de soins de ville, médicale comme paramédicale. Or, il existe bien un souhait unanime de voir la rareté des ressources tant médicales que paramédicales disparaître.

L’un des points constatés est une forte présence médicale dans certaines structures plutôt privées et la présence de compétences paramédicales plus importantes dans le public, l’un travaillant difficilement sans l’autre. Sans doute y a-t-il là matière à collaboration si, toutefois, le volume d’activité des praticiens aujourd’hui en place le leur permet.

Ainsi, anticiper sur les partenariats possibles et le partage de spécialités entre établissements, ou entre pôles urbains de même territoire, semble une orientation stratégique de plus en plus nécessaire. La présence de médiateurs sur ce type de démarche, déployant des techniques d’ingénierie sociale et d’accompagnement de projet, apparaît par conséquent indispensable si l’on entend favoriser les négociations et faire évoluer le regard que chacun a l’habitude de porter sur l’autre. Il restera aux acteurs locaux à définir quelle structure sanitaire ou territoriale devra mandater ce médiateur ou mettre en œuvre d’elle-même ce savoir-faire.

II – Accompagner une diversification des flux hospitaliers vers l’est et l’ouest, pour améliorer l’accessibilité et la continuité des soins

Cette étude a mis en évidence, et ce même pour des recours à des soins dits "légers" (ne faisant pas appel à des savoir-faire rares), qu’il existe des flux importants de patients qui démontrent que la population des *Suds du Nord* ne recourt pas, loin s’en faut, aux structures de soins les plus proches de son domicile. Ce point questionne la gradation théorique des soins entre des établissements de taille et de spécialisation différentes.

Il est cependant clair que plusieurs facteurs peuvent expliquer ce phénomène : le libre choix de la population elle-même, l’image que celle-ci ou les agents auxquels elle fait appel (les médecins de famille) ont de l’offre de soins locale, la rareté des compétences médicales, la répartition des équipements du plateau technique, les modalités d’adressage de la médecine de ville, sont autant de causes connues.

Cette réalité constatée implique sans doute, non seulement de favoriser le développement des complémentarités avec les sites périphériques situés au nord (Lens, Douai, Valenciennes, par exemple) pour des soins plus lourds, mais aussi de tenter d’orienter les recours à ces soins légers vers des sites plus proches, plus immédiatement périphériques aux pôles présents dans le territoire. Ceci permettrait, en outre, de maintenir voire de développer la prise en charge des soins légers dans les arrondissements, quitte à ce que ces complémentarités s’exercent au sein des Bassins de vie (Cambrai et Caudry ou Maubeuge et Fourmies), ou s’appuient entre Bassins de vie, entre sites hospitaliers voisins (Bapaume et Cambrai, par exemple).

Aujourd’hui, l’essentiel des flux distants emprunte des axes nord-sud. Un plus juste et aisé recours aux soins de la population profiterait sans doute d’une incitation à des recours aux soins en direction de sites plus proches impliquant une réorientation plus longitudinale qui, selon les cas, se dirigerait vers l’est ou l’ouest.

Ces remarques de gradation des soins sont fonction des possibilités d’investissement des établissements selon leur masse (capacités d’accueil, budgets, volumes de soins produits...).

Cette question se pose par segment d’activité. Dans certains cas, le "lourd" et le "léger" peuvent être indifféremment répartis dans tous

les types d'établissement (addictologie), et dans d'autres, le "lourd" requérant des plateaux techniques coûteux et des compétences rares, la filière doit s'organiser en fonction de la répartition de ces pôles de recours. Dans certaines filières, la prévention, c'est-à-dire le repérage de la maladie le plus tôt possible, augmente les taux de survie, d'autant que l'accessibilité géographique semble plus marquée sur le plan de la prévention que sur le plan du curatif, c'est le cas de la cancérologie.

Ainsi chaque segment d'activité doit-il trouver son type de réseau avec ses priorités à développer, la prévention, l'articulation entre les niveaux de prise en charge, la proximité ou non...

III – Positionner les questions de santé au sein des communautés d'agglomération et communautés de pays

Le thème de la santé est peu présent dans les projets de communautés d'agglomération et de pays. L'implication des élus sur les thèmes de la santé est du point de vue des informateurs-clés très variable : ils sont parfois très moteurs, et dans d'autres situations, semblent avoir des difficultés à intégrer la problématique de santé dans leurs actions.

On a bien vu que les déterminants de santé dépassent l'offre de soins classique et que l'organisation de l'ensemble des services dans les territoires (éducation, entreprises, transports, services publics...) a un impact sur le développement socio-économique de la population et une conséquence directe sur leur développement sanitaire.

Par ailleurs, les problématiques socio-économiques et de santé dépassent les agglomérations. Lorsqu'il s'agit de complémentarité des soins en cancérologie, cela peut être à l'échelle des Bassins de vie voire de la région ; lorsqu'il s'agit de prévention en addictologie, cela peut être à l'échelle d'un Bassin de vie ou d'une communauté d'agglomération, il en va de même pour les actions de prévention.

Ainsi, la complémentarité sur le champ du développement socio-économique et l'échelle des territoires des problématiques de santé

font des communautés d'agglomération et des communautés de pays des acteurs-clés du développement sanitaire futur des populations des *Suds du Nord*.

Ce champ du sanitaire peut aussi être l'occasion de créer des liens entre les acteurs de la santé et ceux du territoire ; c'est un besoin de cohérence que les informateurs-clés ont aussi manifesté.

IV – Développer une ingénierie territoriale accompagnant des projets et diffusant des analyses afin de briser la déconnexion du territoire et de la Santé Publique

Penser une politique publique en termes territoriaux, que celle-ci soit menée par l'État, les collectivités territoriales, ou par les nouvelles structures intercommunales, c'est non seulement lui conférer des limites spatiales mais aussi et surtout l'assurer d'être pragmatiquement fondée et de disposer d'une large partie des conditions de son évaluation, c'est-à-dire de posséder la faculté de réorienter son action ou encore ses objectifs.

Dans le monde de la Santé Publique, la territorialisation a été et reste un phénomène rare qui ne touche encore que très marginalement l'ensemble des champs et des thématiques, exception faite, bien sûr, du domaine hospitalier. Il n'y a donc rien de fondamentalement anormal à ce que, dans le périmètre des *Suds du Nord*, celle-ci n'existe pas. Nous l'avons déjà signalé et déploré en d'autres lieux¹.

Plusieurs informateurs-clés ont mentionné leur manque d'information concernant la description de la population, l'état de santé, les comportements.

Cette étude a bien sûr l'ambition d'apporter un éclairage à ces besoins de visibilité. Cependant, cette expression de besoins peut être approfondie par la suite afin de définir si les diagnostics existent et s'il s'agit plus d'un manque de diffusion d'information, ou bien si cela nécessite des compléments d'étude.

¹ Lacoste O, Spinosi L, Le Niniven S. *Le Littoral du Nord – Pas-de-Calais : milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2000 ; 221 p.

Arrondissement d'ARRAS

Développer les démarches de prévention

Les deux priorités sont les conduites addictives et le cardiovasculaire (l'aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise), et la cancérologie. Cet axe de développement s'inscrit dans la démarche des **Programmes Régionaux de Santé** qui, exception faite des conduites addictives, sont particulièrement peu développés.

Favoriser le recours aux soins de la périphérie aux structures de l'aire urbaine d'Arras

L'objectif est ici de tenter de limiter les *effets tunnels* (recours aux soins à grande distance en ignorant les sites offreurs situés plus près) de la périphérie de l'aire urbaine d'Arras vers la métropole lilloise et de favoriser la prise en charge de proximité.

Il s'agit donc de faire évoluer les liens entre les structures de l'aire urbaine d'Arras, la dominante rurale et l'aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise. Cette évolution des liens peut, selon les différentes filières, concerner les flux de patients en termes d'adressage, le partage et une meilleure communication sur les compétences et les plateaux techniques (notamment courts, moyens, longs séjours), et de manière plus globale une reconquête d'image. Cette orientation devrait être associée aux futures orientations choisies pour les schémas de transports routiers et collectifs.

Développer, dans l'aire urbaine de Saint-Pol-sur-Ternoise, des stratégies d'adressage est-ouest en recourant notamment aux structures de l'aire urbaine d'Arras ou de l'arrondissement de Montreuil

L'objectif est ici d'améliorer l'accès aux soins de la population et de lui permettre une prise en charge de proximité. Cet adressage ne pourra évoluer qu'en fonction de la répartition des compétences et du plateau technique.

Prendre en compte la faiblesse importante du recours aux soins de la population des zones rurales et des petites aires urbaines dans les actions de prévention

Le faible recours aux soins est une information utile à la définition des objectifs de prévention qui visent notamment à modifier le comportement de la population.

Développer les complémentarités sur le Bassin de vie de l'Artois pour les activités qui requièrent des compétences et du matériel technique spécifique

Il n'existe pas d'obstacle réel lié à de prétendues *barrières culturelles* entre l'arrondissement d'Arras et le Bassin minier. Il n'y a donc aucune raison "*populationnelle*" pour que le recours à l'offre de soins ne puisse se développer.

Par ailleurs, ce Bassin de vie présente une zone de concurrence très forte entre les aires urbaines d'Arras, de Lens et de Douai. On constate bien, compte tenu des déplacements importants tant dans un sens que dans l'autre, que la population impose ses choix. Chaque structure de chaque zone risque par conséquent d'y "perdre" au profit des structures de la métropole lilloise si celles-ci sont en concurrence sur tous les segments d'activité. Ceci est particulièrement sensible pour le développement des activités dites "de référence", nécessitant des compétences et des plateaux techniques spécifiques.

Compte tenu des difficultés démographiques actuelles, il apparaît souhaitable que des complémentarités se fondent, non seulement afin de créer un pôle de compétence par segment d'activité et par territoire, mais aussi d'élaborer des règles d'adressage communes. Ces pôles concernent en premier lieu la cardiologie et la cancérologie.

Faire évoluer les filières des personnes âgées, un atout de ce territoire

Les principales remarques des informateurs-clés dans ce segment d'activité concernent les difficultés de liens en aval des structures de moyen séjour et l'adaptation progressive de l'offre de soins. Ce dernier point concerne essentiellement, d'une part, le développement des accueils de jour et de semaine pour promouvoir une logique de maintien à domicile des personnes âgées, et d'autre part, la spécialisation partielle des services de moyen séjour gériatrique pour certaines pathologies comme la démence, la maladie d'Alzheimer.

Les informateurs-clés ont prioritairement souhaité :

- *Développer le partenariat interne et externe à l'arrondissement ;*
- *Prendre en compte les activités en difficulté, soit pour des raisons de concurrence, soit pour des problèmes de démographie médicale (cancérologie, psychiatrie, moyens séjours) ;*
- *Avoir une meilleure connaissance des besoins de la population ;*
- *Pallier le manque d'observation sur le terrain (incapacité à connaître les besoins réels du territoire) ;*
- *Augmenter le nombre de postes en santé mentale, "la situation est noire" ;*
- *Recruter anesthésistes, chirurgiens-orthopédistes, personnel paramédical.*

Arrondissement de CAMBRAI

Développer les projets de prévention en s'appuyant sur les Programmes Régionaux de Santé

La population de l'arrondissement de Cambrai présente l'état de santé le plus médiocre du territoire étudié. Il y a là, et depuis plusieurs décennies, une concentration de population en grande difficulté du point de vue de sa santé, dont la présence a été sous-estimée. L'arrondissement de Cambrai est en grande difficulté sanitaire.

Par ailleurs, son offre de soins, à quelques exceptions près, apparaît la plus équilibrée des *Suds du Nord*. Ainsi peut-on considérer que, soit le comportement global de la population est directement concerné, soit une sous-population est en difficulté et ne recourt pas ou peu ou encore tardivement aux soins.

Au regard des indicateurs de mortalité, l'ensemble des priorités de santé des PRS est concerné. En premier lieu, la cancérologie est répartie sur tout ce territoire, viennent ensuite les comportements addictifs (alcool, tabac) et le cardiovasculaire qui prédominent dans les deux zones plus isolées de Caudry et de la dominante rurale.

Il apparaît cependant que ces actions de prévention nécessitent la participation des structures de soins et des médecins de ville pour assurer une cohérence entre la prise en charge et la prévention.

Favoriser les projets de développement locaux sur l'aire urbaine de Caudry et la dominante rurale de Cambrai pour désenclaver ces deux zones sur les champs socio-économiques et sanitaires

L'objectif premier est de rompre l'isolement de cette population et lui permettre d'avoir accès au système sanitaire, aux équipements scolaires pour une durée plus longue, et enfin aux bassins d'emploi.

Ces projets nécessiteraient de réunir l'ensemble des acteurs locaux des champs des collectivités territoriales, des services sanitaires et sociaux, de l'éducation nationale, afin d'affiner les constats de cette étude et de promouvoir une stratégie de développement de ces territoires en s'appuyant sur leurs potentiels.

Développer les complémentarités entre les structures "privé-public" et "privé-privé" de l'arrondissement de Cambrai

Cette possibilité prendrait toute sa dimension dans le cadre de la gynécologie obstétrique (IVG compris) et des moyens séjours.

Les informateurs-clés ont prioritairement souhaité :

- *Définir ou développer le partenariat entre les structures (activités communes "public-privé" et une meilleure entente "privé-privé") ;*
- *Répondre aux difficultés liées à la démographie médicale et paramédicale (manque dans le public et instabilité dans le privé) ;*
- *Réorganiser le partage des tâches sur l'arrondissement : partage des équipements (pourcentage d'utilisation de l'ensemble, scanner, IRM, prioritaire avec Béthune) ;*
- *Développer des activités communes (dans les mêmes locaux) entre les établissements publics et privés : radiologie, chirurgie, hépato-gastro-entérologie (mettre en place l'endoscopie le week-end).*

Arrondissement d'AVESNES-SUR-HELPE

Développer une politique de reconquête d'image

Au-delà des indicateurs socio-économiques, des indicateurs de santé, des infrastructures routières à améliorer, les discours sont fatalistes et accablent ce territoire qui souffrirait d'un *manque d'attractivité chronique*. Les acteurs décrivent cette zone du territoire comme étant un secteur sinistré par les aléas historiques (guerres) et économiques (fermeture d'usines, réseaux routiers, manques d'administrateurs...).

Certains informateurs-clés, conscients de cette situation peu positive, attribuent aussi cet état de fait aux difficultés qu'ont les acteurs politiques et socio-économiques à développer conjointement des projets.

Développer une stratégie de "mise à niveau" de l'offre de soins dans le Bassin de vie du Hainaut en s'appuyant sur les sites périphériques français et belges

La mise à niveau de l'offre de soins en obstétrique et en chirurgie dans la partie orientale du Hainaut apparaît être une priorité.

Or, les structures de l'aire urbaine de Maubeuge, qui jouent un rôle pivot pour ce territoire, ont un atout considérable en termes de positionnement géographique dès l'instant que l'on resitue Maubeuge dans son environnement.

Effectivement, à 11 minutes de Maubeuge se situe notamment le Centre Hospitalier Universitaire Ambroise Paré¹ d'une taille et d'une offre de soins équivalentes à celles de l'hôpital public de Maubeuge, à 42 minutes (soit 8 de moins que Lille), se situe le grand Centre Hospitalier Universitaire de Charleroi² qui peut être aussi un centre de recours pour de la prise en charge de pointe, et enfin à 30 minutes, les structures de Valenciennes.

La présence de ces pôles hospitaliers doit permettre de développer, en fonction des opportunités offertes au sein de ces structures, les partages de compétences et de plateaux techniques en gynécologie-obstétrique et en chirurgie, de pallier le faible nombre de lits de l'arrondissement d'Avignes en développant plusieurs filières de recours aux soins, d'élaborer des projets communs attractifs pour les nouvelles recrues (pôle commun de recrutement), notamment en termes de formation. De plus, le secteur de Charleroi semble l'une des régions les plus dotées en lits hospitaliers.

Développer les projets de prévention en s'appuyant sur les Programmes Régionaux de Santé

Comme pour les deux autres arrondissements, on constate une faiblesse des projets figurant parmi les Programmes Régionaux de Santé.

Or, même si l'offre de soins présente quelques difficultés, les déterminants de santé ne se limitent pas seulement à une offre de soins. Ainsi, des projets qui s'adressent directement au comportement de la population pourraient non seulement être tentés mais aussi évalués.

¹ L'hôpital général public de la ville de Mons et de l'arrondissement de Mons (Belgique) compte 356 lits d'hospitalisation, avec environ 125 000 consultations externes par an, 1 000 personnes, dont 160 médecins et dentistes. L'Hôpital Ambroise Paré fournit une gamme complète des soins médicaux et chirurgicaux (de l'adulte et de l'enfant), parfois en conjonction avec d'autres centres hospitaliers de la région. La ville de Mons, chef-lieu de la province du Hainaut (1 350 000 habitants) compte 100 000 habitants.

² "Avec un chiffre d'affaires de près de 10 milliards, ce groupe hospitalier procurera en effet du travail à plus de 3 500 personnes, et surtout offrira des soins de qualité à une population d'un demi million de personnes.

À Charleroi, l'accent sera plus particulièrement mis sur l'accueil spécialisé des urgences et l'on y retrouvera également l'unité médico-chirurgicale vasculaire avec la chirurgie cardiaque et la cardiologie interventionnelle, la neurochirurgie et la fonction mère-enfant complète.

À Vésale, on créera un centre d'hémo-oncologie multidisciplinaire comprenant la radiothérapie et, pour citer quelques exemples, la chirurgie urologique, le centre de médecine hyperbare et le laboratoire de sommeil y trouveront leur niche.

Le troisième axe concerne le développement de la chirurgie ambulatoire qui sera renforcée par l'ouverture prochaine à l'Espace Santé d'une nouvelle Clinique d'un Jour comportant cinq salles d'opération.

Le quatrième axe porte sur le développement de secteurs médicaux en pleine évolution comme la RMN, Résonance Magnétique Nucléaire, le PET (Position Emission Tomography) Scan, la médecine hyperbare, la radiothérapie." Extraits du projet médical du CHU de Charleroi sur www.chu-charleroi.be.

Optimiser la filière complète de l'aire urbaine de Maubeuge en médecine de ville, du court séjour au moyen séjour, pour éviter les embolies des autres spécialités et développer des modes de prise en charge ambulatoire

Il semble que les pathologies de médecine générale fassent l'objet d'un flux d'adressage de patients de l'hôpital de Maubeuge vers celui de Valenciennes. Compte tenu des besoins particulièrement importants de la population sur ce segment, la réorganisation de cette filière de médecine générale (qui est à définir en termes de groupe de pathologies, gravité, type de patients) peut être bénéfique à la population. Cela implique de poser aussi la question d'un service de médecine générale à l'hôpital articulé avec l'offre de médecine de ville. La forte consommation de soins de médecine dans l'aire urbaine de Maubeuge impose de questionner la filière complète de médecine, amont et aval, donc tant en médecine de ville qu'en court et moyen séjour, voire en long séjour.

Les informateurs-clés ont prioritairement souhaité :

- *Résoudre les problèmes de démographie médicale (Maubeuge, Avesnes) ;*
- *Développer des activités de référence pour conforter et asseoir une offre fragile (Maubeuge, Fourmies, Avesnes) ;*
- *Apporter des solutions aux problématiques de comportements de la population (du rural, du chômage, de la culture) ;*
- *Réaliser un traitement à part des prestations des praticiens dans ces régions en difficulté ;*
- *Développer des actions de prévention à l'école ;*
- *Mettre en place une véritable coopération entre les acteurs de santé ;*
- *Étudier les possibilités de regrouper des services pour rassembler la matière grise et les moyens ;*
- *Améliorer l'image du territoire.*

- 01- Structuration territoriale et axes principaux de communication
- 02- Les populations par commune
- 03- Dynamiques territoriales communales entre 1996 et 1999
- 04- Densités de population
- 05- Variation de population
- 06- Variation de population due aux migrations
- 07- La natalité
- 08- L'activité
- 09- L'activité féminine
- 10- Le chômage
- 11- Le chômage féminin
- 12- Allocataires des Caisses d'Allocations Familiales en situation difficile (1998)
- 13- Les jeunes (moins de 25 ans)
- 14- Les plus âgés (plus de 65 ans)
- 15- Les ménages sans voiture
- 16- Population n'ayant aucun diplôme
- 17- Les diplômés supérieurs (Bac +2)
- 18- La mortalité (toutes causes confondues) chez l'homme
- 19- La mortalité (toutes causes confondues) chez la femme
- 20- Les cardiopathies ischémiques chez les femmes
- 21- Les cardiopathies ischémiques chez les hommes
- 22- Les cancers chez les hommes
- 23- Les cancers chez les femmes
- 24- Les cancers des bronches et du poumon chez les hommes
- 25- Les cancers des voies aéro-digestives supérieures chez les hommes
- 26- Les cancers du sein chez la femme
- 27- Les cirrhoses et psychoses alcooliques chez les hommes
- 28- Les cirrhoses et psychoses alcooliques chez les femmes
- 29- Les suicides chez les hommes
- 30- Implantations hospitalières de courts séjours et consommation de soins hospitaliers par zone
- 31- Population par médecin généraliste
- 32- Population par médecin spécialiste
- 33- Population féminine par gynécologue et obstétricien
- 34- Population par psychiatre
- 35- Offre et consommation de soins hospitaliers par zone

Bibliographie

Agence Nationale pour le Développement et l'Évaluation Médicale. *Évaluation d'une action de santé publique : recommandations*. Octobre 1995.

Assistance publique des hôpitaux de Paris. Classification OAP : version 1.2 (mise à jour 20/02/99), version 1.3 (mise à jour juillet 2000), version 2.0 (mise à jour octobre 2000). Manuel d'utilisation ref : IE00C273, 2000.

Aust J Rural Health 2001 Jun ; 9(3) : 138-40 Remote area aboriginal health services managers : key practice challenges. Wilson J.

Aust J Rural Health 1998 May ; 6(2) : 89-95 Undertaking research for the benefit of the rural community. McMurray A. School of Nursing, Griffith University, Gold Coast Queensland, Australia.

Aust J Rural Health 1997 Nov ; 5(4) : 190-3 Value-adding in the rural training stream : a release program for hospital-based rural training stream registrars. Holmwood C, Thompson D. RACGP Training Program, South Australia, Australia.

Aust J Rural Health 1996 Feb ; 4(1) : 1-10 The status of rural nursing in Australia : a review. Hegney D. Department of Nursing, University of Southern Queensland, Toowoomba, Australia.

Aust Health Rev 2000 ; 23(4) : 187-96 Faith in the 'cultural fix' : limits to a planned cultural change program in a rural health service. Mahony K.

Aust Health Rev 2000 ; 23(4) : 170-5 What impact has managerialism had on a New South Wales area health service ? Beattie B. University of New England.

Bessy-Pietry P, Sicamois Y. *Le Zonage en aires urbaines en 1999. 4 millions d'habitants en plus dans les aires urbaines*. Paris : INSEE, INSEE- Première, avril 2001, n°765 ; 4 p.

Blanchet A, Gotman A. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. 128 Sociologie Nathan université, 1992.

Boutinet JP. *L'anthropologie du projet*. Paris : PUF, 1992.

Carré D, Lacroix JL. *La santé et les autoroutes de l'information, la greffe informatique*. L'Harmattan, 2001.

Commissariat général au plan. *Rapport sur les perspectives en France*. La Documentation française, 2000.

Cremadez M, Grateau F. *Le management stratégique hospitalier*. Interédition, 1992.

Crozier M, Friedberg E. *L'acteur et le système*, Éditions du seuil, 1977.

DATAR, Préfecture de la région Nord – Pas-de-Calais, MIIAPN. *Pays du Nord. Contribution de l'État à de nouveaux enjeux interrégionaux*. Paris : La Documentation française, 2002 ; 123 p.

Dekneudt J, Van Gheulwe JL. *Une vision inédite du peuplement régional*. Lille : INSEE, Profils n°3, février 2000 ; 4 p.

Delamarre A, Malhomme M.C. *La prospective territoriale*. Paris : La Documentation française, 2002 ; 110 p.

- DRESS. *Les médecins généralistes libéraux dans les aires urbaines, des densités plus élevées dans le sud et les centres-villes*. 1999.
- DRESS. *Dossier solidarité et santé, éléments pour évaluer la performance des établissements hospitaliers*. La Documentation française, 2001.
- DRESS. *La variabilité de la valeur du point ISA des établissements de soins en 1997*. 2001.
- Druhle M. *Santé et société, le façonnement sociétal de la santé*. Paris : PUF, 1996.
- Evrard C. Thèse de Doctorat *Monde rural et santé*, 1999.
- Fabriès-Verfailli M, Stragiotti P. *La France des villes*. Bréal, 2000.
- France, portrait social*. INSEE, 2000.
- Goodman DC, Fisher EF, Stukel TA, Chang C. The distance to community care and the likelihood of hospitalization : is closer always better ? *Am J Public Health*. 1997 ; 87 : 144 – 150.
- Hansske HA. *PMSI, obstétrique et stratégie*. Gestions hospitalières, 2000.
- Haut comité de santé publique. *La santé des Français*. Repères, 2002.
- Health Bull (Edinb) 1997 Sep ; 55(5) : 299-304 Health and poverty in rural Scotland. Clark GM. *Emerg Med J* 2001 Jul ; 18(4) : 305-7 Dealing with emergencies in rural areas of Europe : proceedings from WONCA Europe 2000. Gillies J, Lionis C, MacDonald J, Laird C, Szabo J, Nunes B, Burriel L, Lund H, Made C.
- Health Place 2000 Dec ; 6(4) : 337-50 Accessing health care in a rural area : an evaluation of a voluntary medical transport scheme in the English Midlands. Sherwood KB, Lewis GJ.
- Joly M, Le Bissonnais J, Muller JLG. *Maîtrisez le coût de vos projets*. AFNOR, 1995.
- Lacoste O, Spinosi L, Declercq C, alii. *L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord – Pas-de-Calais*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 1996 ; 191 p.
- Lacoste O, Spinosi L, Le Niniven S, Poirier G, Jeantet M. *Le Littoral Nord – Pas-de-Calais : milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2000 ; 221 p.
- Lacoste O, Spinosi L, Sampil M, alii. *Tableau de bord de l'alcoolisme dans le Nord – Pas-de-Calais*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2000 ; 119 p. + annexes.
- Lacoste O, Spinosi L. *Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2002 ; 73 p.
- La Lettre d'information hospitalière. *Le PMSI, analyse médico-économique de l'activité hospitalière*. Ministère du Travail et des Affaires Sociales, direction des hôpitaux, 1996.
- Les campagnes et leurs villes*. INSEE, 1998.
- Lucas-Gabrielli V, Nabet N, Tonnellier F. *Les soins de proximité : une exception française*. Question d'économie de la santé, CREDES, 2001.
- Macé JM. *Méthode pour définir des bassins d'hospitalisation en Île-de-France*. INSEE, 2002.
- Mérenne-Schoumaker B. *La localisation des services*. Nathan Université, 1996.
- Philips DR. Spatial variations in attendance at general practitioner services. *Soc. Sci. Med.* 1979 ; 13D : 169 – 181.

Bibliographie

Prévenir. *Ville et santé*, volume I, Politiques urbaines et Santé publique, 2^{ème} semestre 1996.

Raynault Pinault, Carol Daveluy. *La planification en santé, concepts, méthode et stratégie*. Québec : Éditions Nouvelles, 1995 ; 480 p.

Sampil M, Lacoste O, Declercq C. *Territoires urbains et santé*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 1998 ; 62 p. + annexes.

Soc Sci Med 1998 Aug ; 47(4) : 445-53 General practice in urban and rural Europe : the range of curative services. Boerma WG, Groenewegen PP, Van der Zee J. NIVEL (Netherlands Institute of Primary Health Care), Utrecht.

Textes de lois

Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996, journal officiel du 25 avril 1996.

Circulaire DH/EO N°97-277 du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissement.

DGS/DAS/DH/DSS/DIRMI N°99/648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux.

Sites Internet

Agence Régionale de l'Hospitalisation du Nord – Pas-de-Calais, statistiques par discipline, productions et consommations de soins-fuites et attractivités par discipline et Bassin de vie, données PMSI 1999 des établissements MCO publics, PSPH et privés.
Site www.arh5962.fr

Le site officiel du PMSI, www.le-pmsi.fr, Analyser l'activité médicale d'un établissement hospitalier, vers l'utilisation du PMSI en gestion interne, Expérimenter le PMSI à des fins de correction des bases budgétaires, Calculer un coût de référence par GHM, production, traitement et utilisation de l'information médicale.

www.dime.ap-hop-paris.fr

www.msa62.fr

www.npdc.assurance-maladie.fr

www.insee.fr

www.medlineplus.nlm.nih.gov

www.hc-sc.gc.ca

www.anaes.fr

www.credes.fr

www.fhf.fr

www.sante.gouv.fr

www.bdsp.tm.fr

www.irec.net

www.deces.ined.fr

www.datar.gouv.fr

www.cuct.be/SiteCuct/Site.nsf

www.hap.be/

www.health.fgov.be

www.chu-charleroi.be

Abréviations

AAH : Allocation Adulte Handicapé

API : Allocation Parent Isolé

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

COTRIM : COmité Technique Régional de l'Information Médicale

CRES : Comité Régional d'Éducation pour la Santé

DATAR : Délégation à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Régionale

DIM : Département d'Information Médicale

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

ICM : Indice Comparatif de Mortalité

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

ISA : Indice Synthétique d'Activité

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PET scan : Position Emission Tomography

PMSI : Programme de Médicalisation du Système d'Information

RMI : Revenu Minimum d'Insertion

RMN : Résonance Magnétique Nucléaire

VADS : Voies Aéro-Digestives Supérieures

ZAU : Zonage en Aires Urbaines

ZPIU : Zone de Peuplement Industriel et Urbain

