



## Ville et santé



*L'air de la ville rend libre.*

Un proverbe allemand du XV<sup>e</sup>



La ville est un terme commun, banal, qui fait sens pour tous sans pour autant qu'une définition de la ville ne fasse consensus. Les villes de par le monde sont extrêmement hétérogènes sur de nombreux plans et les modèles sont bien différents en fonction des continents, des sites d'implantation (en bord de mer, à proximité d'un cours d'eau, d'une ressource naturelle) ou des orientations économiques (à tendance militaire, industrielle ou commerciale). Que l'on étudie une agglomération de 5 000 habitants ou une mégapole de plus de 10 millions d'habitants, il s'agit toujours d'une ville, et ceci bien que les fonctions et services, le cadre et les conditions de vie qu'elle offre ou son influence sur les territoires voisins soient, bien entendu, complètement différents. La ville est un système complexe et dynamique où les éléments qui la modèlent sont en constante interaction et expliquent le visage protéiforme des agglomérations.

Par opposition à la campagne, la ville peut être interprétée comme le résultat de la concentration de la population humaine sur un même espace géographique. Cet aspect de regroupement de population constitue dans l'imaginaire collectif le premier critère qui permet de définir une ville. Mais si la taille de l'espace sur lequel la ville se développe et le poids de sa population sont des éléments statistiques qui permettent d'appréhender une ville, ils ne peuvent suffire à la définir, notamment car les seuils retenus sont bien différents en fonction des pays.

Ainsi, il ne semble pas exister de critères universels qui définiraient la ville à partir de ses apparences matérielles et sociales.

Il existe d'ailleurs de nombreuses définitions de la ville qui reposent chacune sur des critères d'observation<sup>1</sup> propres : la continuité du bâti, la démographie, le paysage ou les fonctions, l'évolution de la population, des modes de vie, les aires d'influence économique... Aucun de ces critères ne fait consensus isolément.

Il semble plus facile de définir la ville par ce qu'elle n'est pas, c'est-à-dire la campagne. C'est sans doute ce qui explique que la notion d'urbain semble prendre peu à peu le pas sur celle de ville.

«[...] nous utilisons le mot «ville» pour désigner des ambiances sociales et des configurations spatiales montrant à la fois des ressemblances et de grandes différences.» (Louiset)

Depuis 2007, plus de la moitié de la population mondiale vit dans les villes. Ce taux pourrait atteindre 60% en 2030 selon les Nations Unies. En 1900, seul 10% de la population vivait dans les villes, 30% en 1950.

Les pays les plus développés sont aussi les plus urbains : 3/4 de leur population y vit en ville et la population urbaine y croît désormais à un rythme ralenti, entre 1,2 et 1,4% par an.

Les pays moins développés, situés en Afrique ou en Asie, sont aussi les plus ruraux, mais l'urbanisation y progresse plus vite qu'ailleurs (3,6% en moyenne par an, 4,3% en Afrique) et le basculement vers une majorité de population urbaine devrait avoir lieu aux environs de 2030. Quels sont les enjeux liés au couple santé/urbanité ?

Le regard qui a été porté sur la ville a profondément évolué. Conçue comme un espace de liberté et de bien-être au Moyen Âge et durant la période moderne, elle a inspiré par la suite une représentation dominante très péjorative, jusqu'à être détestée aux XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles qui furent ceux de l'*urbaphobie*<sup>2</sup> hygiéniste et sociale. Aujourd'hui la perception que l'on en a change en permanence et très rapidement<sup>3</sup>.

1 - Définition statistique de la ville à la Conférence de Prague (1966) principalement par des critères de continuité du bâti et de seuil minimum de population (10 000 habitants). Stébé JM, Marchal H, dir. *Traité sur la ville*. Paris : PUF, 2009 ; 789 p.

2 - Baubérot A, Bourillon F, dir. *Urbaphobie ou la détestation de la ville aux XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles*. Actes du colloque, Paris 12, 8-9/03/2007. Bordeaux : Éditions Bière, 2009 ; 352 p.

3 - Ascher F. *Métapolis ou l'avenir des villes*. Paris : Odile Jacob, 2010 ; 346 p.

La ville présente des particularités sanitaires nombreuses qui incitent à l'étudier de manière spécifique : la pollution, la qualité de l'air, la proximité d'activités à risques, les enjeux liés à l'eau et l'assainissement, la rénovation d'un habitat ancien, parfois insalubre, le travail sur des quartiers sensibles et défavorisés où les problèmes de santé sont plus importants... Tous ces phénomènes ont donné naissance à la sociologie de la santé en milieu urbain. La morphologie urbaine peut être en soi vectrice d'inégalités de santé : lorsque sa croissance est mal contrôlée, et que ses pourtours sont des bidonvilles, lorsque des quartiers sont délaissés, dévalorisés, laissés en souffrance.

## De la ville à l'urbain, complexification du concept et redéfinition des critères

La révolution industrielle marque une rupture dans l'appréciation de la ville et le développement important des voies de communication et de la mobilité en sont les principaux vecteurs. Les

« Chercher à comprendre la ville, c'est chercher à comprendre la société dans toutes ses dimensions, y compris affective et idéologique. Cette optique est bien éloignée de celle qui mesure l'urbanisation en termes démographiques ou de surfaces urbanisées. »  
(Louiset)

rapports au temps et à l'espace se redéfinissent et la ville centre, siège principal des emplois et des services, devient accessible plus rapidement. Dès lors son influence s'étend et la ville statique, bâtie, ancrée dans le lieu, change radicalement de visage. La baisse importante des temps d'accès permet l'extension du bâti toujours plus loin de la ville centre et la périurbanité s'étend. La ville change en même temps que la société sur un modèle dynamique de réseau et redéfinit son espace. La mobilité constitutive de la ville en bouleverse sa définition. La dichotomie ville/campagne qui contribuait à définir la ville par ce qu'elle n'est pas semble voler en éclats et aucun des deux termes ne semble plus désormais approprié pour définir une entité qui n'est ni l'une ni l'autre. La mutation urbaine a profondément modifié la nature même de la ville, ses murs sont plus poreux, ses limites plus floues : la ville centre est toujours présente, mais s'est peu à peu fondue dans des continuités urbaines toujours plus

vastes et le Nord – Pas-de-Calais illustre bien ce phénomène. La ville et l'urbain comme objets d'étude nécessitent plus que jamais un changement d'échelle permanent, de la rue à l'îlot, au quartier, jusqu'à l'aire urbaine voire le *continuum* urbain pour appréhender les phénomènes à l'œuvre, qu'ils concernent directement ou indirectement la santé.

## Des dynamiques de développement de l'urbain tributaires de l'emploi, du logement et de la mobilité

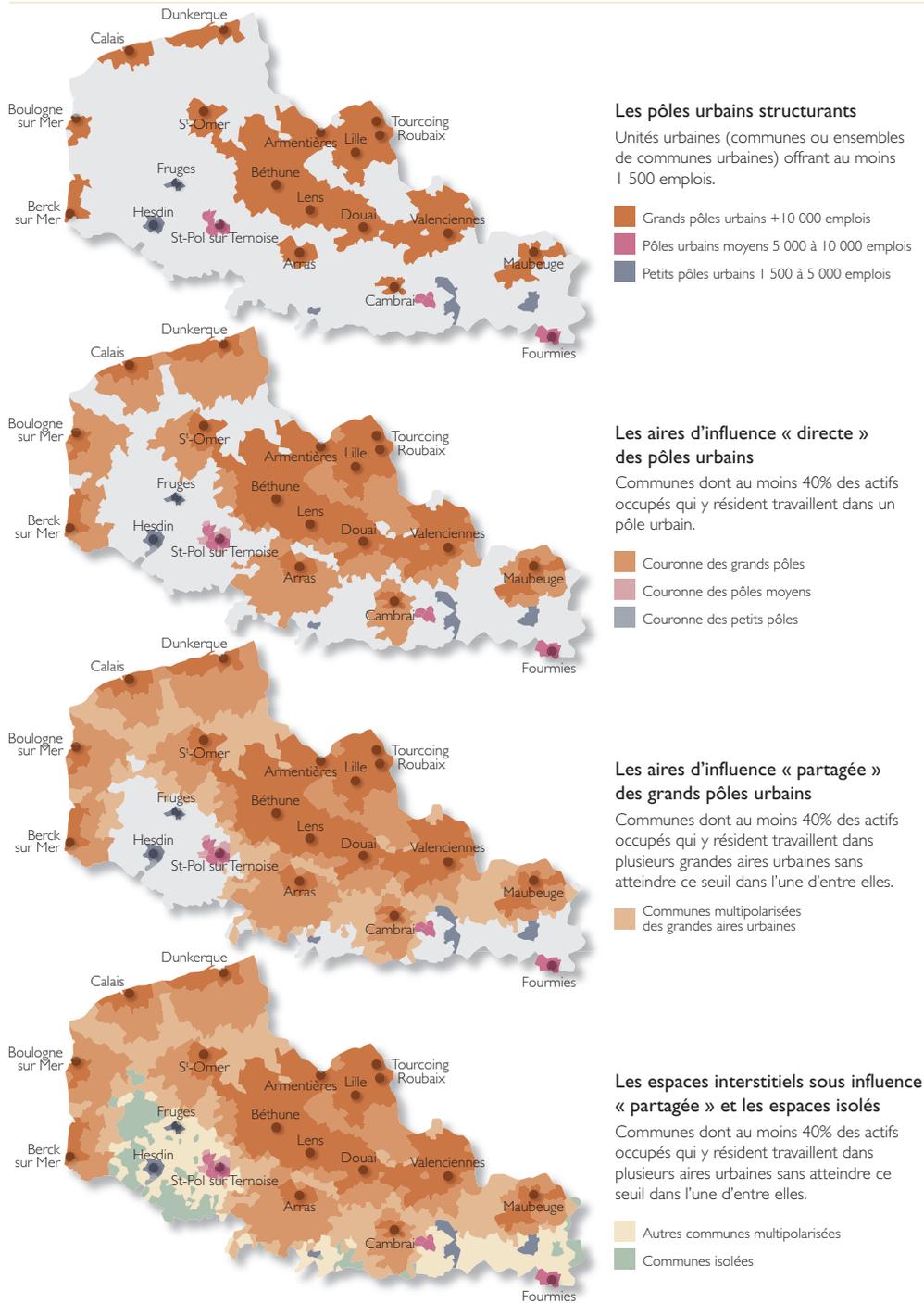
Depuis la fin de la révolution industrielle et les grandes migrations qui ont fixé les bases de la structuration des espaces urbains du Nord – Pas-de-Calais, les dynamiques démographiques des territoires sont guidées par les migrations résidentielles comme le rappelle l'INSEE. Outre le fait que la région gagne peu de population depuis cette période, avec un taux de natalité important compensé par un déficit migratoire, le nombre de ménages qui constitue une part notable de ces migrations résidentielles ne cesse de croître et soutient la demande croissante de logements qui fait progresser la ville. Les emplois qui sont concentrés préférentiellement dans les grands pôles urbains attirent la population active. Les stratégies d'implantation résidentielle résultent d'arbitrages entre les différents facteurs d'installation (emploi, logements, mobilité et accessibilité), et ce sont ces mêmes facteurs qui ont encouragé les ménages à s'éloigner du centre des villes avec, pour conséquence, un étalement toujours plus important de la périurbanisation et des couronnes des grands pôles urbains.

## Le zonage en aires urbaines de l'INSEE

Afin de mieux prendre en compte ces critères de structuration du paysage urbain et s'adapter à leurs évolutions, l'INSEE a mis en place en 1999 sur la base du recensement de la population un zonage en aires urbaines, renouvelé en 2010, et basé sur les déplacements domicile-travail. On y définit des pôles urbains générateurs d'emplois (seuil de 1 500 emplois) et l'analyse du lieu de résidence des actifs occupant un emploi dans ce pôle permet d'établir l'origine et les niveaux des flux. C'est à partir de ces deux critères (voir encadré) que chaque commune est individualisée (monopolarisée, multipolarisée, isolée) et peut se prêter à regroupement. L'ensemble des communes monopolarisées par le même pôle forme alors l'aire d'influence de ce pôle ou aire urbaine. Le principe est le même que celui des zones d'emploi, autre découpage basé sur l'analyse des flux domicile-travail<sup>4</sup>.

4 : Qui propose une couverture exhaustive du territoire sans notion de multipolarisation pour les communes, chaque commune étant affectée à un pôle.

## Structuration du zonage en aires urbaines

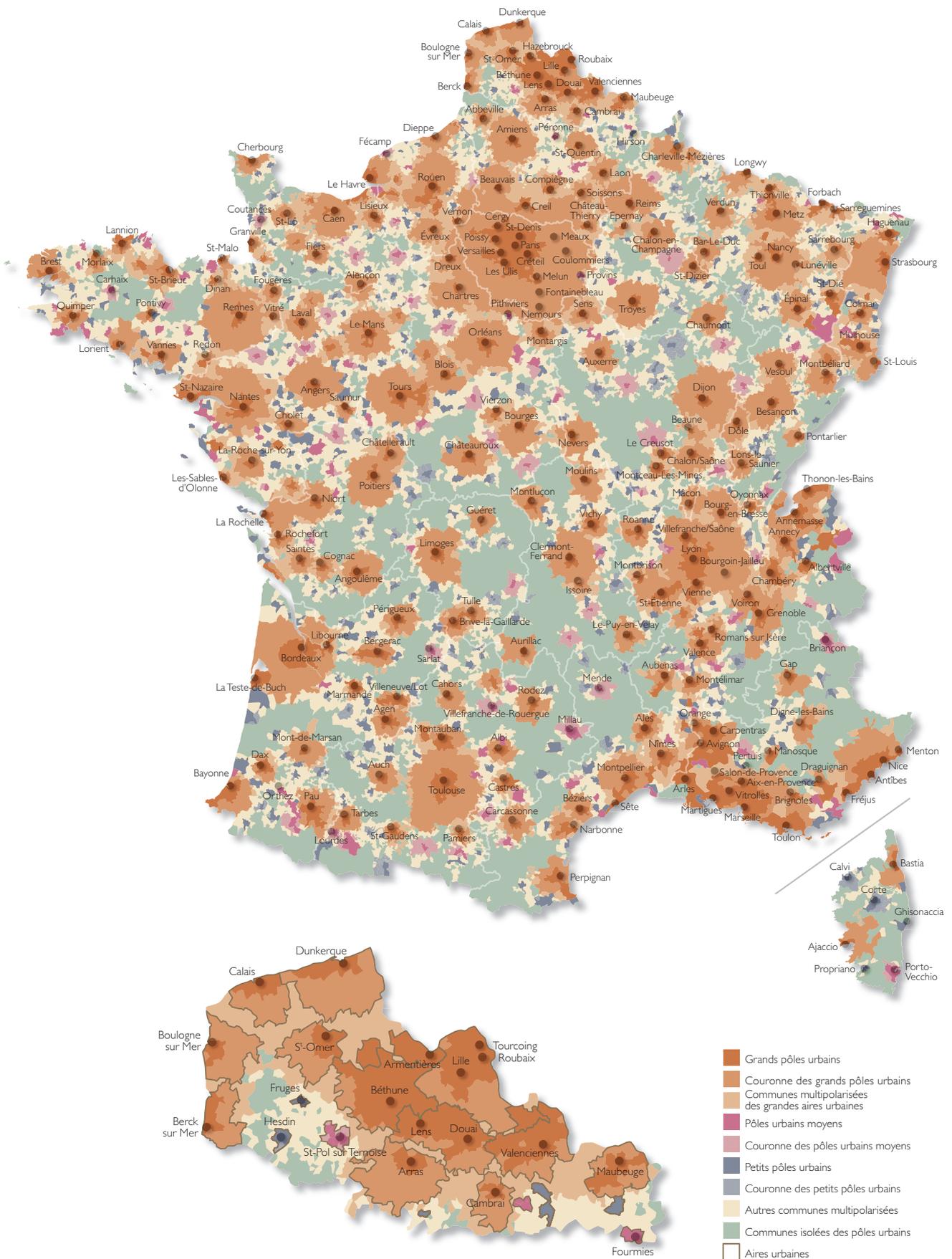


La structuration du zonage en aires urbaines couvre l'ensemble des communes du territoire à partir des pôles urbains (carte 1). Principaux pourvoyeurs d'emploi, ces pôles urbains attirent les actifs qui résident dans les communes situées hors de leur périmètre (celui des unités urbaines). Ces communes sous influence peuvent être monopolarisées (sous influence majeure d'un seul pôle urbain, petit, moyen ou grand, carte 2) ou multipolarisées (sous influence de plusieurs grands pôles urbains, carte 3). Les autres communes multipolarisées sont sous influence partagée de plusieurs pôles urbains (de toutes tailles) tandis que les communes isolées se situent hors de l'espace d'influence des pôles urbains (carte 4).

Sources : IGN, INSEE, ORS Nord - Pas-de-Calais - 2011.

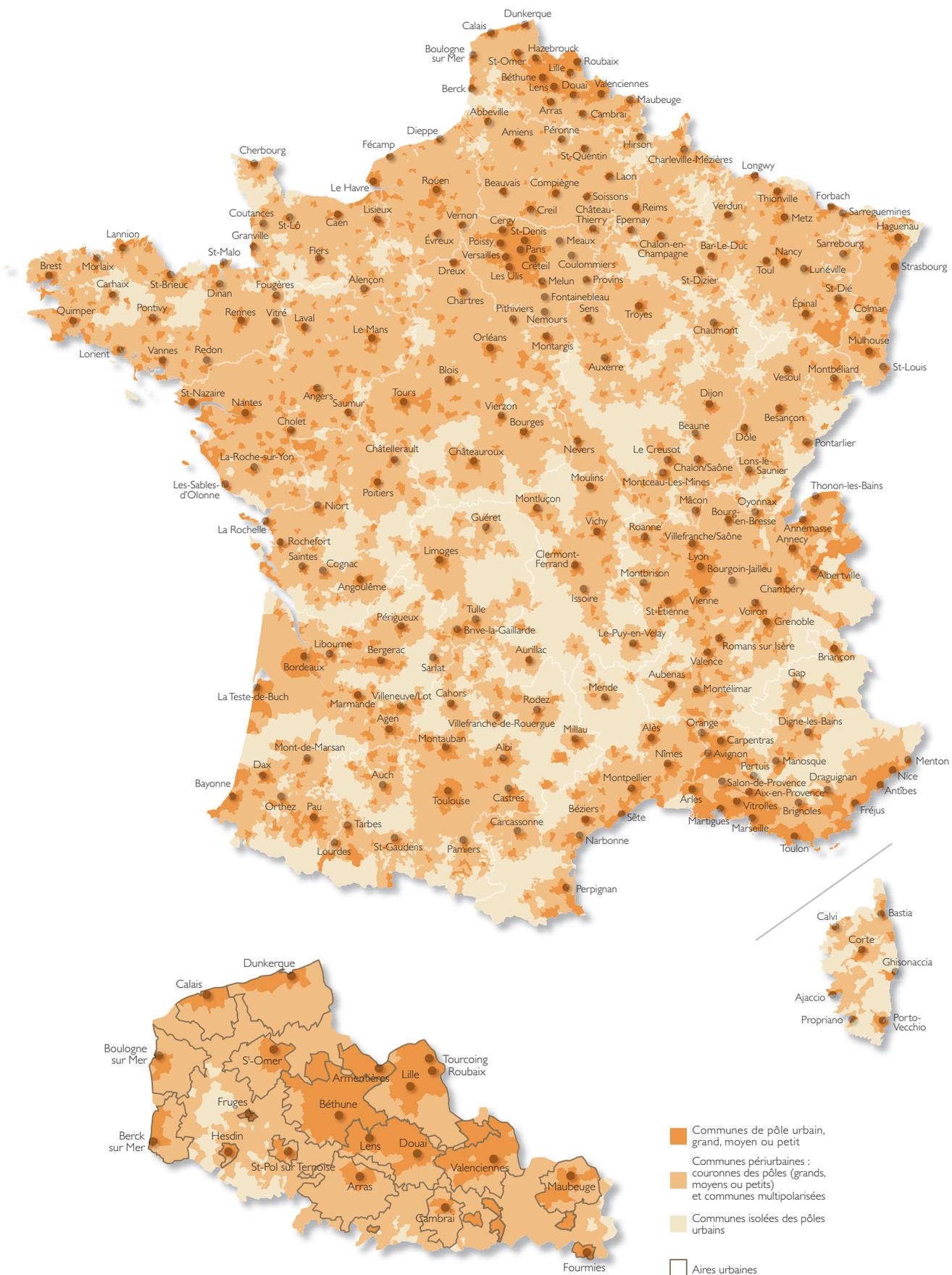
Ce zonage est utile pour l'observation des phénomènes de santé, car il s'attache à la structuration d'espaces cohérents à partir de la pratique du territoire, ce que les géographes appellent les territoires vécus. La santé, qui se conjugue d'autant mieux avec les territoires depuis que les deux termes sont associés dans la loi qui la régit, peut donc s'en saisir pour appréhender toutes sortes de phénomènes qui se conjuguent dans les deux champs. Les zones d'emploi sont d'ailleurs devenues le support du découpage officiel des soins de proximité dans la région (les zones de proximité), avec la volonté de s'inspirer de la cohérence de pratique d'un territoire vécu pour faciliter l'action publique.

## Carte du zonage en aires urbaines 2010 – Toutes catégories



Sources : IGN, INSEE, ORS Nord - Pas-de-Calais - 2011.

## Carte du zonage en aires urbaines 2010 – Catégories simplifiées



## Les multiples déclinaisons de la ville et de l'urbain L'exemple de l'INSEE

La définition première de la ville est celle d'une commune ou d'un ensemble de communes qui comporte sur son territoire une zone bâtie d'au moins 2 000 habitants où aucune habitation n'est séparée de la plus proche de plus de 200 mètres ; ces seuils de poids de population et de distance sont issus de normes internationales. Cette définition est aujourd'hui celle de l'**unité urbaine** que l'on préfère au terme de ville.

L'**agglomération urbaine** est une unité urbaine qui s'étend sur plusieurs communes.

Le **zonage en aires urbaines**, élaboré par l'INSEE en 1999 sur la base du recensement de la population et renouvelé en 2010, est venu enrichir le vocabulaire de l'urbain en intégrant les notions d'activité et de déplacements domicile-travail. Il permet d'avoir un bon aperçu de l'aire d'influence des unités urbaines polarisantes.

Un **pôle urbain** est une unité urbaine offrant au moins 1 500 emplois. En fonction du nombre d'emplois, on distingue des petits pôles (1 500 à 5 000 emplois), des moyens (5 000 à 10 000 emplois) et des grands pôles (plus de 10 000 emplois).

Une **aire urbaine** est un ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle urbain et par des communes rurales, unités urbaines dont au moins 40% de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci. Toujours en fonction des mêmes seuils d'emplois offerts (1 500 - 5 000 - 10 000), on distingue des petites, des moyennes et des grandes aires urbaines.

Une **couronne périurbaine** est constituée par les communes de l'aire urbaine en excluant les communes du pôle urbain.

Plusieurs adjectifs peuvent être appliqués aux communes :

Une commune est **urbaine** si elle appartient à une unité urbaine, elle est **rurale** dans le cas inverse.

Une commune est **périurbaine** si elle appartient à une couronne périurbaine ou si elle est multipolarisée.

Une commune est **monopolarisée** si elle envoie au moins 40% de sa population résidente ayant un emploi dans un même pôle, et **multipolarisée** si au moins 40% de sa population résidente ayant un emploi travaille dans plusieurs aires sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre elles.

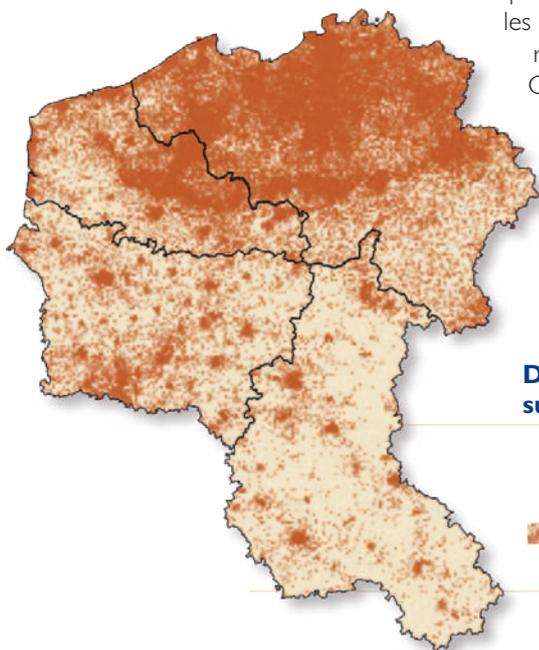
Enfin, une commune est **isolée** hors influence des pôles lorsqu'elle se situe en dehors des aires urbaines et n'est pas multipolarisée.

## Le paysage urbain du Nord – Pas-de-Calais

### Densités fortes – juxtaposition de deux ensembles

La région occupe 2,3% de la surface de la France métropolitaine et abrite 6,5% de sa population, ce qui laisse mathématiquement une place plus importante à la ville. Seule la région Île-de-France abrite plus de monde sur un plus petit territoire et dépasse la densité moyenne du Nord – Pas-de-Calais (324 habitants/km<sup>2</sup> et plus de 900 habitants/km<sup>2</sup> dans les grandes agglomérations). L'armature urbaine du Nord – Pas-de-Calais est donc particulièrement dense, héritage des activités industrielles, textiles et charbon qui ont structuré l'espace avec le développement d'importants bassins de population à proximité des lieux d'activités. Ce profil de peuplement urbain est relié à un ensemble plus large du nord-ouest de l'Europe, avec des densités de populations proches de nos voisins belges et néerlandais, et une quasi-continuité spatiale des zones urbaines.

Cet espace est limité au sud par le Bassin minier, auquel viennent se greffer les agglomérations d'Arras et de Cambrai, dont les aires d'influence rejoignent celles de Douai-Lens-Valenciennes. Au sud d'une ligne Calais-Valenciennes, la structuration de l'espace est plus classique avec des villes davantage polarisées et un maillage plus lâche. Elles sont entourées de territoires interstitiels plus étendus et moins denses comme dans le Montreuillois, l'Artois ou l'Avesnois et par extension sur le nord du Bassin parisien.



Densité de population  
sur une partie de l'Europe du nord-ouest

Un point pour 200 habitants.

Sources : IGN, INSEE 2010.

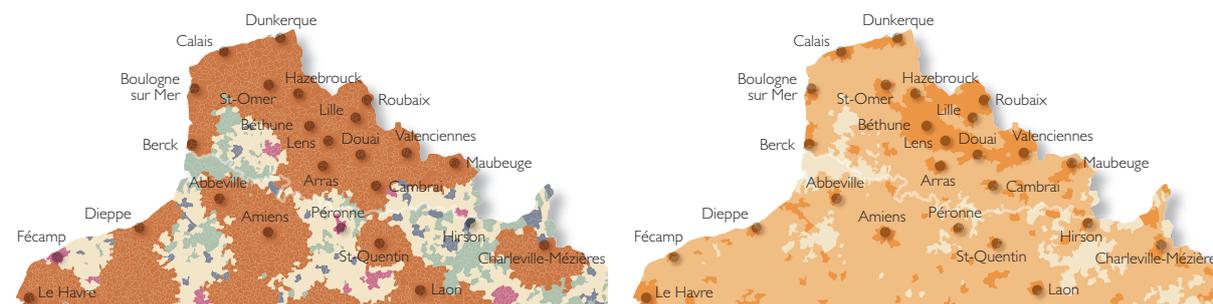
## Une influence importante de la ville

L'outil technique du zonage en aires urbaines vient enrichir le propos et la comparaison avec le reste de la France montre l'influence importante de la ville dans la région. Les pôles urbains sont plus nombreux, plus développés et plus connectés en moyenne qu'ailleurs, et regroupent plus des ¾ de la population (65 % pour la France). Les grands pôles urbains régionaux et leurs aires d'influence rassemblent près de 95 % de la population et 95 % des emplois, contre environ 80 % en France. Si l'on étend l'influence de l'urbain aux communes multipolarisées, c'est 99,2 % de la population régionale qui est concernée. Seul 0,8 % de la population du Nord – Pas-de-Calais vit donc dans une des 85 communes isolées de l'influence urbaine, contre 4,7 % pour le reste de la France sur 27,3 % du territoire.

## Répartition du poids de population entre les différentes catégories de communes du zonage en aires urbaines de 2010

Catégories de communes	Population 2008			
	France	France (%)	NPdC	NPdC (%)
 Aires d'influence des grands pôles	51 288 026	82,5	3 811 630	94,7
 Aires d'influence des pôles moyens	2 106 758	3,4	44 911	1,1
 Aires d'influence des petits pôles	2 496 213	4,0	35 968	0,9
 Autres communes multipolarisées	3 311 205	4,7	98 966	2,4
 Communes isolées	2 932 664	5,3	33 015	0,8

Catégories de communes	Population 2008			
	France	France (%)	NPdC	NPdC (%)
 Communes des pôles urbains	40 600 969	65,5	3 147 606	78,3
 Communes périurbaines et multipolarisées	18 601 233	29,7	843 869	20,8
 Communes isolées des pôles urbains	2 932 664	4,7	33 015	0,8



Sources : IGN, INSEE, ORS Nord - Pas-de-Calais - 2011.

## Une tendance de fond à l'étalement urbain

Après la période de peuplement massif consécutif à la révolution industrielle qui a jeté les bases de la structuration actuelle de l'espace régional, la dynamique de peuplement de la région s'est ralentie jusque dans les années soixante pour baisser régulièrement depuis, et ce, malgré son excédent naturel. Cependant, la densification de peuplement s'est poursuivie depuis, principalement à l'intérieur des grands centres urbains existants et davantage encore sur leurs périphéries. Selon l'INSEE, on peut individualiser quatre périodes d'évolutions contrastées depuis les années soixante en fonction des caractéristiques des communes étudiées :

- Les communes des pôles urbains ont gagné de la population entre 1962 et 1975, se sont maintenues ou ont légèrement régressé entre 1975 et 1990, se sont à nouveau densifiées entre 1990 et 1999 pour reperdre de la population depuis, exception faite des villes de Lille, Arras ou Berck-sur-Mer.

- Les communes périurbaines sous influence des villes pôles n'ont cessé de progresser sur l'ensemble des périodes, comme ailleurs en France, avec une croissance démographique particulièrement soutenue entre 1975 et 1990. C'est la période faste de la périurbanisation, de la progression et de l'étalement du paysage urbain, ralenti entre 1990 et 1999 mais qui augmente de nouveau sur la période récente.
- Quant aux communes rurales ou isolées des pôles urbains, elles perdent de la population de 1960 à 1999, particulièrement sur la période 1975-1990, mais gagnent de la population sur la période récente, stimulées par l'extension de l'aire d'influence des principaux pôles urbains.

La dernière période d'observation confirme donc la tendance d'une augmentation de la périurbanisation, même si elle est plus ralentie dans le Nord – Pas-de-Calais que dans le reste de la France. Les villes de plus de 10 000 habitants de la région ont globalement perdu de la population au profit des communes plus modestes, dont la population résidente reste attirée par les grands pôles urbains, agrandissant par là même l'aire d'influence de la ville. L'étalement urbain est particulièrement net le long des voies de communication, et de l'AI notamment qui agit comme un axe structurant de peuplement, stimulé entre autres par l'augmentation constante du nombre de ménages<sup>5</sup> et des besoins en logement qui l'accompagnent.

En fonction des emplois, des logements disponibles et de l'accessibilité comme pendant de la mobilité –déterminants principaux des migrations résidentielles–, les territoires du Nord – Pas-de-Calais et d'ailleurs présentent des dynamiques de peuplement contrastées et évolutives dans le temps.

## **Évolution des aires urbaines du Nord – Pas-de-Calais entre 1999 et 2010**

Ces dernières années sont marquées par un faible dynamisme démographique de la région par rapport à la tendance nationale, avec un solde migratoire négatif venant quasiment compenser un solde naturel positif. Entre 1999 et 2009, la population du Nord – Pas-de-Calais a augmenté moins vite que le reste de la France, de 0,7 % entre 1999 et 2009 contre 6,4%. Seule l'aire urbaine de Lille affiche un dynamisme démographique qui sort du lot en attirant plus de 43% de cette augmentation de population.

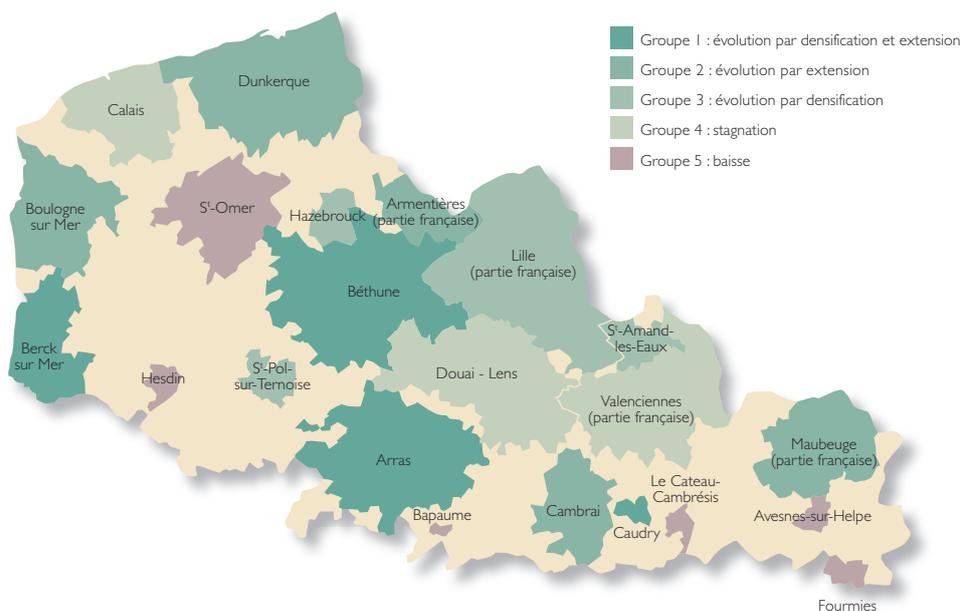
En conséquence, les mutations des aires urbaines du Nord – Pas-de-Calais sont moins importantes qu'ailleurs en France entre les deux périodes d'élaboration du zonage. Les principales aires urbaines de la région ont conservé leur périmètre d'influence alors que, dans le même temps, celui des aires de Lyon, Nantes ou Bordeaux a plus que doublé en surface, agrégeant toujours plus de communes de plus en plus éloignées. Le profil particulier du Nord – Pas-de-Calais par rapport au reste de la France a conduit l'INSEE à élaborer une typologie en cinq groupes de l'évolution des aires urbaines à l'échelle de la région pour mieux caractériser les évolutions de l'urbain en local.

Les trois premiers groupes gagnent de la population entre les deux périodes. Ce gain peut se traduire par une densification (plus de population à surface égale) et/ou par une extension de l'aire d'influence du pôle urbain. La périurbanisation est en augmentation principalement autour des pôles de Béthune, Berck et Arras, qui augmentent leurs surfaces d'influence tout en gagnant de la population au sein de leurs pôles urbains. Les aires du groupe 2 étendent également leurs surfaces d'influence (Dunkerque, Calais, Maubeuge, Armentières, Boulogne-sur-Mer) mais perdent de la population dans les pôles urbains. Le groupe 3 caractérise la ville qui se densifie mais qui n'étale pas son influence (Lille, Hazebrouck et Armentières). Enfin, les pôles urbains des deux derniers groupes ont stagné ou décliné entre les deux périodes. La baisse, en surface comme en population, concerne essentiellement les aires de petite taille, mis à part l'aire de Saint-Omer qui perd de la population et restreint son aire d'influence en raison du recul de son activité économique.

Ces mutations dans le temps et dans l'espace montrent que le phénomène urbain est dynamique et que chaque situation locale est susceptible d'évoluer, principalement en fonction de critères économiques, en fonction des capacités de la ville à développer les activités et les services, dont ceux relatifs à la santé.

5 - Le nombre de ménages peut augmenter malgré une évolution démographique faible, car le nombre de personnes par ménage diminue sous l'effet de plusieurs facteurs comme le vieillissement de la population, la progression de la décohabitation...

## Typologie des aires urbaines au regard de leur évolution de population entre 1999 et 2008



Sources : IGN, INSEE (zonage en aires urbaines 2012, recensements de la population 1999 et 2008).

## Fait urbain et offre de soins

La ville est par essence le lieu préférentiel du soin. L'hôpital est traditionnellement implanté en ville et, dans le cas contraire, on précise qu'il est de campagne pour signifier qu'il n'est pas à son lieu habituel et qu'il est provisoire. Il en va de même de l'ensemble des établissements de santé<sup>6</sup> majoritairement situés dans ou aux abords des villes centres. La ville est le seul lieu qui, par le biais des urgences hospitalières, fournit une offre de soins la nuit. Pour les professionnels de santé, outre le gage d'une patientèle disponible plus abondante, la ville est souvent l'assurance d'un entourage confraternel proche et diversifié, d'un exercice moins isolé que dans des zones moins denses et de conditions de travail moins contraignantes de plus en plus recherchées par les nouvelles générations de praticiens. La ville concentre et agrège donc naturellement les professionnels de santé et plus encore dans les périodes récentes ce qui, en cas de manque de professionnels comme actuellement, pose des problèmes pour les territoires moins denses et moins attractifs qui peinent à les attirer et à les retenir. Le poids de population d'un pôle urbain est d'ailleurs un bon indicateur indirect de la spécialisation médicale qui est susceptible de s'y trouver. De ce fait, la ville attire et polarise, elle est génératrice de flux de patients qui sont dépendants pour accéder aux soins des conditions de mobilité et d'accessibilité des pôles urbains.

### Une offre de soins régionale moins importante et plus concentrée que dans le reste de la France

Le Nord – Pas-de-Calais est légèrement déficitaire en professionnels de santé par rapport au reste de la France puisque chaque praticien doit potentiellement prendre en charge 2 personnes de plus qu'au niveau national (60 contre 58), cet écart étant encore plus marqué pour les soins spécialisés.

Au niveau national, la concentration des professionnels de santé va *crescendo* avec la proximité des pôles urbains. Le tableau suivant illustre en partie ce phénomène : 88,7% des professionnels de santé exercent dans les aires d'influence des grands pôles urbains qui abritent 82,5% de la population française. Si l'on s'intéresse uniquement aux communes des pôles urbains (hors aire d'influence), cette concentration est encore plus évidente puisque 86,3% des professionnels exercent dans ces communes quand 65,5% de la population y réside. Le Nord – Pas-de-Calais, plus marqué par l'emprise de l'urbain, affiche une concentration plus importante des professionnels de santé dans les pôles urbains puisque 92,4% d'entre eux y exercent pour 78,3% de la population qui y réside. Cependant, et comme les distances aux pôles urbains sont moins importantes qu'ailleurs, la proximité de l'offre de soins est également moins problématique.

6 - On peut noter l'exception des établissements de santé mentale, longtemps relégués à la périphérie des villes qui, aujourd'hui souvent rattrapés par la périurbanisation, se trouvent de fait réintégrés au tissu urbain.

## Effectifs et pourcentages des populations et professionnels de santé sur les différentes catégories de communes du zonage en aires urbaines 2010

Catégories de communes	Population 2008			
	France		Nord – Pas-de-Calais	
	Effectif	%	Effectif	%
Aires d'influence des grands pôles	51 288 026	82,5	3 811 630	94,7
Aires d'influence des pôles moyens	2 106 758	3,4	44 911	1,1
Aires d'influence des petits pôles	2 496 213	4,0	35 968	0,9
Autres communes multipolarisées	3 311 205	4,7	98 966	2,4
Communes isolées	2 932 664	5,3	33 015	0,8
Communes des pôles urbains	40 600 969	65,5	3 147 606	78,3
Communes périurbaines et multipolarisées	18 601 233	29,7	843 869	20,8
Communes isolées des pôles urbains	2 932 664	4,7	33 015	0,8

Catégories de communes	Professionnels de santé				Professionnels de proximité				Professionnels de pôle			
	France		Nord – Pas-de-Calais		France		Nord – Pas-de-Calais		France		Nord – Pas-de-Calais	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Aires d'influence des grands pôles	947 450	88,7	64 762	96,6	697 360	87,5	49 179	96,3	250 090	92,1	15 583	97,7
Aires d'influence des pôles moyens	40 903	3,8	776	1,2	31 626	4,0	600	1,2	9 277	3,4	177	1,1
Aires d'influence des petits pôles	40 861	3,8	773	1,2	33 088	4,2	628	1,2	7 773	2,9	145	0,9
Autres communes multipolarisées	14 227	1,3	513	0,8	13 156	1,7	472	0,9	1 071	0,4	41	0,3
Communes isolées	25 312	2,4	200	0,3	21 977	2,8	190	0,4	3 335	1,2	10	0,1
Communes des pôles urbains	922 758	86,3	46 493	92,4	674 716	84,6	46 493	91,0	248 042	91,3	15 421	96,6
Communes périurbaines et multipolarisées	120 683	11,3	4 386	7,3	100 514	12,6	4 386	8,6	20 169	7,4	525	3,3
Communes isolées des pôles urbains	25 312	2,4	190	0,3	21 977	2,8	190	0,4	3 335	1,2	10	0,1

Sources : INSEE ; ADELI 2009. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Les densités observées sur les communes périurbaines sont également un indicateur d'une concentration plus massive des professionnels de santé dans notre région. Les professionnels de pôle, plus spécialisés, sont moins nombreux à exercer dans ces communes que dans le reste de la France avec de forts contrastes de densité : 108 professionnels de pôles pour 100 000 habitants contre 62/100 000 pour les communes de la région. Si l'on considère simplement les communes multipolarisées, le rapport s'inverse et les densités sont meilleures en région. C'est donc principalement dans les premières couronnes des pôles urbains que cette différence est particulièrement significative.

## Densités des professionnels de santé sur les différentes catégories de communes du zonage en aires urbaines 2010

Catégories de communes	Nombre de communes	Population 2008		Densité offre totale		Densité offre de proximité		Densité offre de pôle	
		Région	France	Région	France	Région	France	Région	France
	Aires d'influence des grands pôles	1 215	51 288 026	3 811 630	1 847	1 699	1 360	1 290	488
Aires d'influence des pôles moyens	22	2 106 758	44 911	1 942	1 729	1 501	1 335	440	394
Aires d'influence des petits pôles	22	2 496 213	35 968	1 637	2 148	1 326	1 745	311	403
Autres communes multipolarisées	202	3 311 205	98 966	430	519	397	477	32	42
Communes isolées	85	2 932 664	33 015	863	606	749	575	114	30
Total ou moyenne	1 546	62 134 866	4 024 490	1 720	1 665	1 283	1 269	437	396
Communes des pôles urbains	427	40 600 969	3 147 606	2 273	1 967	1 662	1 477	611	490
Communes périurbaines et multipolarisées	1 034	18 601 233	843 869	649	582	540	520	108	62
Communes isolées des pôles urbains	85	2 932 664	33 015	863	606	749	575	114	30
Total ou moyenne	1 546	62 134 866	4 024 490	1 720	1 665	1 283	1 269	437	396

Sources : INSEE ; ADELI 2009. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

## Observation au niveau des aires urbaines

L'offre de soins présentée au niveau des aires urbaines permet de comparer les espaces de la région avec le reste de la France. Dans un souci de cohérence, nous avons regroupé les aires urbaines en fonction de leur poids de population.

L'aire urbaine de Lille, d'influence supérieure comparée à d'autres aires de même rang en France, affiche des densités légèrement plus favorables dans un contexte de sous-dotation pour la région. De par son dynamisme économique, elle est le véritable moteur de la région et l'endroit privilégié par les professionnels de santé pour y exercer.

## Densités des professionnels de santé sur quelques grandes aires urbaines de plus d'un million d'habitants

Aire urbaine	Région	Population 2008	Professionnels de santé	Densité offre totale	Professionnels de proximité	Densité offre de proximité	Professionnels de pôle	Densité offre de pôle
Lyon	82	2 118 132	40 617	1 918	29 095	1 374	11 522	544
Nice	93	1 005 230	20 264	2 016	14 689	1 461	5 576	555
Bordeaux	72	1 105 257	22 659	2 050	16 517	1 494	6 142	556
Toulouse	73	1 202 889	25 394	2 111	18 705	1 555	6 689	556
Lille	31	1 150 530	24 762	2 152	18 345	1 594	6 417	558

Sources : INSEE ; ADELI 2009, Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Les autres grandes aires urbaines de la région comparées à des espaces équivalents en France sont sous dotées en professionnels de santé, hormis l'aire urbaine d'Arras qui se situe dans la moyenne. Pour les autres, les densités comparées peuvent varier du simple au double. L'aire urbaine de Béthune, qui a agrandi sa surface d'influence d'environ 1/3 entre les deux périodes d'observation, est la moins bien dotée de ces aires urbaines. Elle possède une offre de soins deux fois moins importante que celle de Nîmes ou de Colmar, voire trois fois moins importante si l'on s'intéresse uniquement aux professionnels de pôle.

## Densités des professionnels de santé sur quelques grandes aires urbaines entre 100 000 et un million d'habitants

Aire urbaine	Région	Population 2008	Professionnels de santé	Densité offre totale	Professionnels de proximité	Densité offre de proximité	Professionnels de pôle	Densité offre de pôle
Béthune	31	365 513	4 364	1 194	3 415	934	949	260
Dunkerque	31	259 566	3 418	1 317	2 755	1 062	663	255
Calais	31	126 618	1 741	1 375	1 416	1 119	325	257
Douai - Lens	31	544 143	7 800	1 433	6 114	1 124	1 686	310
Maubeuge	31	131 760	2 008	1 524	1 509	1 145	499	378
Valenciennes	31	366 781	5 766	1 572	4 468	1 218	1 298	354
Boulogne-sur-Mer	31	134 244	2 145	1 598	1 696	1 263	449	335
Le Havre	23	293 851	4 717	1 605	3 585	1 220	1 133	386
Bourges	24	139 902	2 583	1 846	1 860	1 329	723	517
Arras	31	128 558	2 410	1 874	1 848	1 438	561	437
Brest	53	311 735	6 239	2 001	4 684	1 503	1 554	499
Perpignan	91	296 104	6 082	2 054	4 711	1 591	1 370	463
Tarbes	73	115 588	2 390	2 068	1 883	1 629	507	439
Angers	52	392 940	8 170	2 079	5 915	1 505	2 255	574
Bayonne	72	275 250	6 185	2 247	4 888	1 776	1 297	471
Nîmes	91	246 344	5 867	2 382	4 354	1 767	1 513	614
Colmar	42	126 302	3 667	2 904	2 770	2 193	898	711

Sources : INSEE ; ADELI 2009, Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Les aires urbaines de moindre importance (moins de 100 000 habitants) sont encore plus contrastées au regard des densités de professionnels de santé, comme d'ailleurs au regard de la part des activités de santé dans l'activité économique totale. Ainsi, les aires de Berck (dont les activités de santé sont particulièrement développées), Cambrai ou Armentières présentent des densités plus avantageuses que celle de Lille, y compris en professionnels de pôle. Dans le même temps, les autres aires urbaines de la région de cette catégorie se situent en deçà des aires urbaines de taille supérieure sans pour autant observer des écarts conséquents.

On notera la situation particulière de l'aire urbaine d'Armentières qui affiche des densités pouvant paraître exagérément élevées. Ces densités sont à relativiser en raison de la présence sur son territoire d'une offre de psychiatrie particulièrement développée.

## Densités des professionnels de santé sur quelques grandes aires urbaines entre 25 000 et 100 000 habitants

Aire urbaine	Région	Population 2008	Professionnels de santé	Densité offre totale	Professionnels de proximité	Densité offre de proximité	Professionnels de pôle	Densité offre de pôle
Saint-Amand-les-Eaux	31	33 175	454	1 367	359	1 081	95	286
Saint-Omer	31	89 018	1 251	1 405	1 029	1 157	221	248
Hazebrouck	31	26 693	409	1 532	298	1 115	111	417
Château-Thierry	22	34 620	547	1 580	419	1 212	128	369
Sedan	12	32 909	563	1 711	457	1 390	106	321
Soissons	22	62 964	1 176	1 868	947	1 503	230	365
Montélimar	82	71 764	1 494	2 081	1 115	1 554	378	527
Fréjus	93	93 550	1 984	2 121	1 496	1 599	488	522
Arles	93	55 617	1 196	2 151	892	1 603	305	548
Guingamp	53	25 724	597	2 321	451	1 754	146	567
Cambrai	31	65 629	1 689	2 573	1 263	1 925	425	648
Gap	93	58 603	1 568	2 675	1 217	2 077	350	598
Berck	31	58 075	1 952	3 360	1 550	2 670	401	691
Armentières	31	75 487	2 961	3 923	1 663	2 203	1 298	1 720

Sources : INSEE ; ADELI 2009. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

## Fait urbain et mortalité

Nous avons voulu confronter ce nouveau zonage en aires urbaines de l'INSEE à quelques indicateurs de mortalité prématurée évitable. Une première analyse réalisée sur la France entière<sup>7</sup> permet de faire le lien entre la taille des pôles urbains et la mortalité.

### Mortalité prématurée évitable comparée en fonction des pôles de taille différente – France entière

Catégorie de commune France entière	Mortalité prématurée, hommes et femmes, 2005-2008							
	Toutes causes		Tumeurs malignes		Comportements individuels*		Système de soins**	
	Décès observés	ICM	Décès observés	ICM	Décès observés	ICM	Décès observés	ICM
Communes de la catégorie aires d'influence des grands pôles urbains	343 007	98,2	139 484	99,3	111 800	96,6	52 140	98,6
Communes de la catégorie aires d'influence des pôles urbains moyens	16 542	110,4	6 473	104,2	5 738	116,5	2 374	102,8
Communes de la catégorie aires d'influence des petits pôles urbains	20 482	117,0	7 939	109,3	7 188	124,9	2 999	111,3
Communes de la catégorie autres communes multipolarisées	24 126	101,7	9 771	100,1	8 584	109,5	3 752	104,4
Communes isolées de la catégorie hors influence des pôles	23 158	106,8	9 110	99,8	8 052	112,6	3 544	106,4

\* Sida, cancers des VADS (lèvres, cavité buccale, pharynx, larynx, œsophage), cancers de la trachée, des bronches et du poumon, psychose alcoolique et alcoolisme, cirrhose alcoolique ou sans précision du foie, accidents de la circulation, chutes accidentelles, suicides.

\*\* Typhoïde, tuberculose, tétanos, cancer de la peau, cancer du sein, cancers de l'utérus, maladie de Hodgkin, leucémie, cardiopathie rhumatismale, maladies hypertensives, cardiopathies ischémiques, maladies vasculaires cérébrales, ulcères digestifs-appendicites-hermes abdominales, mortalité maternelle.

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

## Une sous-mortalité dans l'aire d'influence des grands pôles urbains masquée par l'effet de moyenne

En discriminant les communes sur leur appartenance à des aires d'influence de pôles de taille différente, on ne note pas de sous-mortalité nette pour les communes sous influence des grands pôles urbains. Il est vrai que, représentant 82,5 % de la population française, ce regroupement constitue une unité statistique dont la structure est très proche de la structure de référence et donc fortement marquée par le poids de la moyenne (100 pour l'ensemble de la population). Cependant, et sur l'ensemble des causes de mortalité prématurée analysées, la tendance perceptible est celle d'une légère sous-mortalité dans l'aire d'influence des grands pôles. Elle est la plus marquée pour la mortalité prématurée évitable par des actions sur les facteurs de risque individuel (-3,4%) : les conduites à risques sont comparativement moins problématiques dans l'aire d'influence des grands pôles urbains que dans d'autres territoires.

7 - Difficilement réalisable dans le détail des régions pour des raisons de poids statistique.

## Les pôles de petite taille et de taille moyenne en surmortalité

Les catégories de communes hors grands pôles urbains forment des unités statistiques plus marquées, dont l'éloignement par rapport à la moyenne française est plus significatif. L'ensemble des communes hors de l'espace d'influence des grands pôles urbains accuse une mortalité prématurée comparativement plus importante.

Cette surmortalité semble croître à mesure que la «taille» des pôles s'amenuise : de 10% pour les pôles de taille moyenne, elle culmine à +17% pour les pôles de petite taille. Sans pour autant en tirer de conclusion sur les déterminants à l'œuvre, on remarque que les communes de pôles de moindre influence, aux fonctions urbaines moins développées, sont celles qui présentent le plus de fragilités devant la santé.

## Pas de stigmatisation des communes isolées de l'espace urbain

Ces communes de la catégorie «hors influence des pôles», qui occupent donc les espaces les plus distants des grands pôles d'offre, n'affichent pas une surmortalité plus importante (+7%) que les espaces sous influence des pôles de moyenne ou de petite taille.

La mortalité n'est donc pas directement corrélée au degré d'urbanité des espaces. Qui plus est, la distance aux grands centres urbains qui caractérise ces communes et qui peut être un facteur de difficultés à accéder aux soins, spécialisés ou d'urgence notamment, est moins discriminante qu'il n'y paraît.

Car la surmortalité prématurée relative à des améliorations possibles du système de soins (incluant la prise en charge des urgences vitales) y est moins marquée (+6%) que dans les espaces sous influence des pôles urbains de petite taille (+11%).

*La mortalité n'est pas directement corrélée au degré d'urbanité des espaces.*

## Les conduites à risques discriminent les espaces

Ce sont les causes de mortalité que l'on attribue habituellement aux conduites à risques qui pèsent le plus sur la surmortalité prématurée et qui individualisent le mieux les espaces. Les conséquences de ces conduites à risques sont plus marquées sur les populations des communes isolées (+12% de surmortalité), et plus encore sur celles qui sont sous influence des pôles de taille moyenne (+16%) et de petite taille (+25%). La mortalité par cancer est, on le voit, également corrélée aux conduites à risques et quand la première se détache, comme pour les pôles urbains de taille moyenne (+4%) ou de petite taille (+9%), c'est que les effets des conduites à risques y sont également plus importants qu'ailleurs.

## Les spécificités du Nord – Pas-de-Calais

La seconde analyse peut permettre, dans un premier temps, de s'attacher au lien susceptible d'exister entre la distance aux pôles urbains, toutes tailles confondues, et la mortalité. On le voit dans le Nord – Pas-de-Calais, les différents regroupements de communes forment des unités statistiques très hétérogènes en poids de population et sont donc à comparer avec précautions. Cette analyse nous sert ici davantage à comparer les différents espaces du Nord – Pas-de-Calais, différents au regard du fait urbain, avec des espaces apparentés dans d'autres régions.

## Une mortalité prononcée dans les pôles urbains

Les pôles urbains du Nord – Pas-de-Calais sont marqués par une surmortalité prématurée record (+44%) en comparaison avec les pôles urbains des autres régions de France<sup>8</sup>. Avec des effectifs de population supérieurs de près d'un million de personnes, les communes des pôles urbains des régions Rhône-Alpes et PACA en sous-mortalité paient un tribut pourtant moins important que le Nord – Pas-de-Calais en nombre brut de décès prématurés. Les communes de pôles urbains de la région présentent un profil de mortalité prématurée similaire, bien qu'exacerbé, aux régions Picardie (+34%), Haute-Normandie (+27%), Basse-Normandie et Champagne-Ardenne (+23%), voire Lorraine (+14%), formant un ensemble cohérent qui vient chapeauter la région Île-de-France. Ce sont les catégories de mortalité évitable par des actions sur les facteurs de risque individuel et sur le système de soins qui accusent des indices particulièrement élevés, indiquant par là même que les enjeux liés à l'efficacité des actions de prévention/éducation/promotion de la santé sont, plus que jamais, d'actualité dans le Nord – Pas-de-Calais.

8 · Le rang de classement est réalisé sur l'ensemble des unités statistiques (1 groupe de communes par région), toutes catégories de communes confondues.

## Indices comparatifs de mortalité prématurée évitable sur les communes des pôles urbains

Région	Population 2008	Mortalité prématurée, hommes et femmes, 2005-2008											
		Toutes causes			Tumeurs malignes			Comportements individuels			Système de soins		
		Décès observés	ICM	Rang de classement	Décès observés	ICM	Rang de classement	Décès observés	ICM	Rang de classement	Décès observés	ICM	Rang de classement
Nord – Pas-de-Calais	3 150 524	29 547	144,1	65 sur 65	11 628	143,4	65 sur 65	10 726	157,7	65 sur 65	4 289	139,7	64 sur 65
Rhône-Alpes	4 006 816	23 627	87,9	8 sur 65	9 670	89,7	10 sur 65	7 175	80,9	4 sur 65	3 479	85,5	4 sur 65
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4 161 542	27 938	97,2	27 sur 65	11 211	95,1	23 sur 65	9 091	96,6	19 sur 65	4 357	98,1	28 sur 65
Alsace	1 049 799	6 793	97,1	26 sur 65	2 591	93,4	19 sur 65	1 955	83,7	7 sur 65	1 064	101,8	35 sur 65
Haute-Normandie	1 063 422	8 991	127,3	62 sur 65	3 596	126,9	63 sur 65	2 940	125,8	55 sur 65	1 343	125,7	61 sur 65

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

### Une surmortalité moins importante dans les communes périurbaines

Bien que les communes périurbaines de la région soient moins touchées par la surmortalité prématurée que les communes des pôles urbains ou que les communes isolées, elles enregistrent tout de même des indices qui sont toujours systématiquement supérieurs à la moyenne et qui figurent plutôt en queue de classement. Là encore, les catégories de mortalité évitable par des actions sur les facteurs de risque individuel et sur le système de soins enregistrent des indices comparativement importants.

## Indices comparatifs de mortalité prématurée évitable sur les communes périurbaines

Région	Population 2008	Mortalité prématurée, hommes et femmes, 2005-2008											
		Toutes causes			Tumeurs malignes			Comportements individuels			Système de soins		
		Décès observés	ICM	Rang de classement	Décès observés	ICM	Rang de classement	Décès observés	ICM	Rang de classement	Décès observés	ICM	Rang de classement
Nord – Pas-de-Calais	838 427	6 771	114,2	51 sur 65	2 725	114,2	59 sur 65	2 418	122,4	51 sur 65	1 082	121,4	58 sur 65
Haute-Normandie	730 763	5 341	100,1	34 sur 65	2 237	103,2	43 sur 65	1 834	103,5	31 sur 65	859	106,6	46 sur 65
Lorraine	901 040	6 340	97,9	29 sur 65	2 674	101,9	39 sur 65	2 086	96,5	18 sur 65	1 006	102,9	37 sur 65
Midi-Pyrénées	854 501	5 050	81,2	3 sur 65	2 091	82,0	3 sur 65	1 567	76,2	3 sur 65	899	94,9	20 sur 65
Languedoc-Roussillon	882 003	5 998	92,1	17 sur 65	2 548	94,2	20 sur 65	2 099	98,4	23 sur 65	1 033	102,8	36 sur 65

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

### Des communes isolées plus isolées qu'ailleurs ?

## Indices comparatifs de mortalité prématurée évitable sur les communes isolées

Région	Population 2008	Mortalité prématurée, hommes et femmes, 2005-2008											
		Toutes causes			Tumeurs malignes			Comportements individuels			Système de soins		
		Décès observés	ICM	Rang de classement	Décès observés	ICM	Rang de classement	Décès observés	ICM	Rang de classement	Décès observés	ICM	Rang de classement
Nord – Pas-de-Calais	32 714	298	131,5	63 sur 65	111	120,0	62 sur 65	103	137,3	62 sur 65	48	140,4	65 sur 65
Haute-Normandie	22 525	180	115,2	53 sur 65	68	105,9	48 sur 65	67	130,1	57 sur 65	20	83,9	2 sur 65
Lorraine	87 261	681	108,5	46 sur 65	248	96,9	30 sur 65	244	116,7	46 sur 65	111	117,6	55 sur 65
Corse	53 274	396	95,7	24 sur 65	160	91,2	14 sur 65	140	102,8	30 sur 65	66	104,0	40 sur 65

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

Les communes isolées de l'influence des pôles urbains sont en majorité en surmortalité par rapport à la moyenne française et celles du Nord – Pas-de-Calais figurent en fin de classement avec une surmortalité de +31 %. Sur les 22 régions françaises, seules 6 sont concernées par une sous-mortalité dans cette catégorie de communes.

La surmortalité prématurée évitable dans ces communes est particulièrement importante pour les causes relevant des actions sur les facteurs de risque individuel (+37%) et sur le système de soins (+40%). Pour cette dernière catégorie, et en comparaison avec d'autres régions, comme la Corse (+4%), où le caractère isolé des communes est plus signifiant que dans le Nord – Pas-de-Calais, on peut en conclure que l'éloignement par rapport aux pôles urbains n'est pas le facteur le plus marquant de cette surmortalité.

## Conclusion

L'aménagement durable des territoires, qui fait l'objet de nombreuses politiques, pose inmanquablement deux questions corrélées : comment limiter la désertification des zones rurales et maîtriser la croissance des zones urbaines ?

En matière de santé, tous les territoires sont confrontés au vieillissement de la population. Anticiper et s'adapter à cette réalité appartient aux élus locaux qui, localement, doivent définir l'offre des structures d'accueil, faciliter l'accès aux soins, adapter les services à la personne. Ces leviers peuvent être une opportunité pour redynamiser les territoires vieillissants et solidifier les villes moyennes, de plus en plus vulnérables face à l'attraction des agglomérations voisines plus grandes, pour reconsidérer le regard posé sur les banlieues et sur leurs marges au contact des zones rurales<sup>9</sup>.

Quand la ville se densifie et que ses contours s'élargissent, la congestion des transports pose d'énormes enjeux d'accessibilité. En matière d'offre de soins, la concentration et la polarisation de l'offre posent des questions d'équité des territoires devant l'accès aux soins.

Pourtant, l'augmentation du coût des logements et l'amélioration de l'accessibilité des grands pôles urbains incitent les gens à s'éloigner du cœur de la ville : en témoigne dans le Nord – Pas-de-Calais l'agrandissement des aires d'influence de Lille, d'Arras, et de l'arrière-pays littoral. On peut pourtant se demander si la mobilité individuelle, qui n'a cessé de croître ces dernières décennies, pourrait être limitée et réduite à l'avenir. Les limites du système semblent en effet parfois atteintes avec les congestions des grands axes routiers et l'augmentation du prix des transports. Un retour à la ville dense, à la maîtrise de l'étalement urbain, semble s'amorcer sous la pression des contraintes (changement climatique, raréfaction des énergies fossiles) et des décisions politiques que ces contraintes réclament. Ces phénomènes ne sont pas sans conséquence pour la santé des populations et pour le fonctionnement du système de santé. Car si l'on veut par exemple freiner l'étalement urbain et densifier davantage les villes autour de leur noyau, cela amènera probablement à une concentration et à une polarisation de l'offre de soins encore plus importante qu'aujourd'hui. Cela aurait alors des conséquences en termes d'accessibilité géographique à l'offre de soins pour les populations les plus éloignées des centres urbains. L'ouverture d'une voie de communication, ou toute autre décision prise en faveur de la mobilité, pourrait alors faciliter l'accès aux soins de territoires mal desservis. Dans le même ordre d'idées, une dynamique locale (qui ne reposerait pas que sur la dimension santé) peut se révéler attractive pour attirer des professionnels de santé à l'installation sur des territoires urbains qui ne bénéficient pas de l'attractivité « naturelle » des grands pôles.

Pour accompagner ces évolutions, il serait utile d'évaluer en prospective les enjeux liés au couple santé/urbanité, et notamment les effets des politiques publiques autres que sanitaires sur la santé. Inversement, il convient également de s'interroger sur le rôle que peut jouer la santé sur d'autres politiques publiques que celles qui relèvent de sa propre compétence.

## 3 idées clés :

- *L'état de santé des populations n'est pas directement corrélé au degré d'urbanisation des espaces.*
- *La mobilité est un facteur constitutif clé de la ville : la progression ou la régression de la mobilité redéfinit notre rapport à l'espace et au temps et conditionne l'accessibilité de la ville.*
- *La ville est le lieu privilégié du développement des activités humaines, et donc des activités de santé.*

## La bibliographie

- Ascher F. *Métapolis ou l'avenir des villes*. Paris : Odile Jacob, 2010 ; 346 p.
- Baccaïni B, Sémécurbe F. La croissance urbaine depuis 45 ans : extension et densification. *INSEE Première 2009* ; 1240 : 4 p.
- Baubérot A, Bourillon F, dir. *Urbaphobie ou la détestation de la ville aux XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles*. Actes du colloque, Paris 12, 8-9/03/2007. Bordeaux : Éditions Bière, 2009 ; 352 p.
- Brutel C, Levy D. Le nouveau zonage en aires urbaines de 2010 – 95% de la population vit sous l'influence des villes. *INSEE Première 2011* ; 1374 ; 4 p.
- Capot R, Rodriguez P. Le nouveau zonage en aires urbaines de 2010 : extension modérée de la périurbanisation en Nord – Pas-de-Calais. *Pages de Profils 2011* ; 96 : 8 p.
- Clanché F, Rascol O. Le découpage en unités urbaines de 2010 - L'espace urbain augmente de 19% en une décennie. *INSEE Première 2011* ; 1364 : 4 p.
- Floch J-M, Levy D. Le nouveau zonage en aires urbaines de 2010 – Poursuite de la périurbanisation et croissance des grandes aires urbaines. *INSEE Première 2011* ; 1375 : 4 p.
- Guilly C. *Atlas des fractures françaises : les fractures françaises dans la recomposition sociale et territoriale*. Paris : L'Harmattan, 2000 ; 177 p.
- Guilly C. *Fractures françaises*. Paris : Françoise Bourin Éditeur, 2010 ; 195 p.
- INSEE Nord – Pas-de-Calais. Les espaces du Nord – Pas-de-Calais. Trajectoires, enjeux et devenir : dynamiques démographiques (fascicule 1). *Dossiers de Profils 2011* ; 104 ; 28 p.
- INSEE Nord – Pas-de-Calais. Les espaces du Nord – Pas-de-Calais. Trajectoires, enjeux et devenir : Mutations et polarités économiques (fascicule 2). *Dossiers de Profils 2011* ; 105 ; 28 p.
- INSEE Nord – Pas-de-Calais. Les espaces du Nord – Pas-de-Calais. Trajectoires, enjeux et devenir : développement humaine (fascicule 3). *Dossiers de Profils 2011* ; 106 ; 28 p.
- INSEE Nord – Pas-de-Calais. Les espaces du Nord – Pas-de-Calais. Trajectoires, enjeux et devenir : pratiques citoyennes et coopérations territoriales (fascicule 4). *Dossiers de Profils 2011* ; 107 ; 28 p.
- Louiset O. *Introduction à la ville*. Paris : Armand Colin, 2011 ; 177 p.
- Picheral H. *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*. Montpellier : Université Montpellier III, 2001 ; 308 p.
- Stébé JM, Marchal H, dir. *Traité sur la ville*. Paris : PUF, 2009 ; 789 p.
- Véron J. La moitié de la population mondiale vit en ville. *Population et sociétés 2007* ; 435 : 4 p.