

50/51° NORD

LES BASSINS DE VIE DU NORD - PAS-DE-CALAIS LA MÉTROPOLE



© M. Leggy

Comment sont structurés et fonctionnent les territoires de la région ? Quelle part la santé prend-elle ou peut-elle prendre à leur dynamisme ? Quelles sont les possibilités, les priorités d'actions à cette échelle où les enjeux liés à la santé sont sanitaires, économiques, d'attractivité et d'avenir ?

Quelques mois après leur mise en place par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, les conférences sanitaires des 4 bassins de vie de la région mettent la dernière main à la construction du Projet Médical de Territoire. Les professionnels, les élus, les représentants des usagers vont faire des propositions communes pour organiser la réponse aux besoins de santé.

Malgré son caractère ambitieux, l'objectif de faire un portrait de la santé dans les 4 bassins de vie de la région était nécessaire.

À défaut d'être exhaustive, cette série de 4 50/51° Nord veut mettre en lumière des réalités, particularités et une analyse des enjeux locaux de santé au travers de quelques indicateurs significatifs.

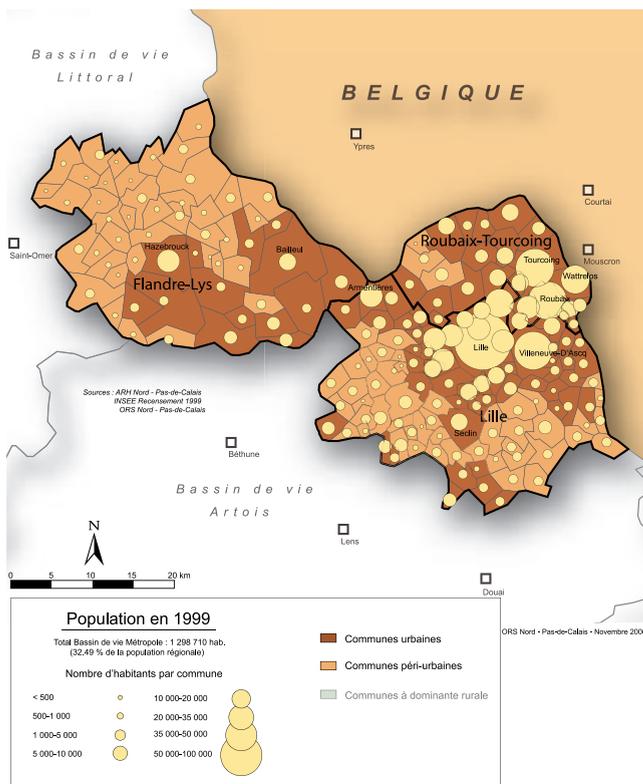
Le bassin de vie métropole est le reflet de sa région mais est aussi composé de territoires divers. En tant que Métropole régionale, le bassin est une exception normale au sein de la région. Il s'agit d'une métropole qui n'est pas comme les autres, parce que la population qui y réside n'a pas tout à fait le profil classique d'une population favorisée, résidant dans ou à proximité d'une capitale régionale.

MÉTROPOLE : UN CHEF DE

UNE CAPITALE RÉGIONALE

Le bassin de vie est le territoire d'une capitale régionale qui compte parmi les toutes premières de France. Lille métropole est la deuxième communauté urbaine de France derrière Lyon. Elle compte à elle seule 27% des habitants du Nord - Pas-de-Calais et son bassin de vie, comptant plus de 1 300 000 habitants, représente un tiers de la population régionale. Les densités de population y sont très élevées -plus de 800 habitants au km²- puisqu'il s'agit de Seclin à Tourcoing et de Wattrelos à Hazebrouck, d'une conurbation sans aucune zone rurale, une juxtaposition de communes urbaines plus que périurbaines, s'étendant au-delà de la frontière.

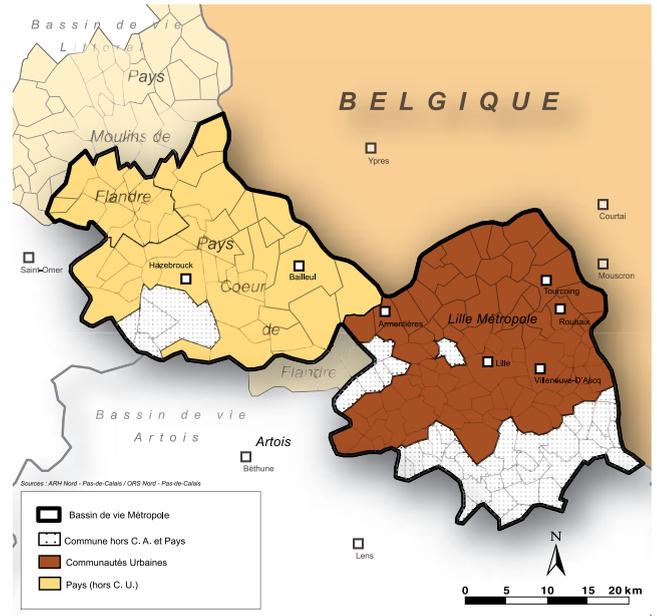
BASSIN DE VIE DE LA MÉTROPOLE POPULATION PAR COMMUNE EN 1999



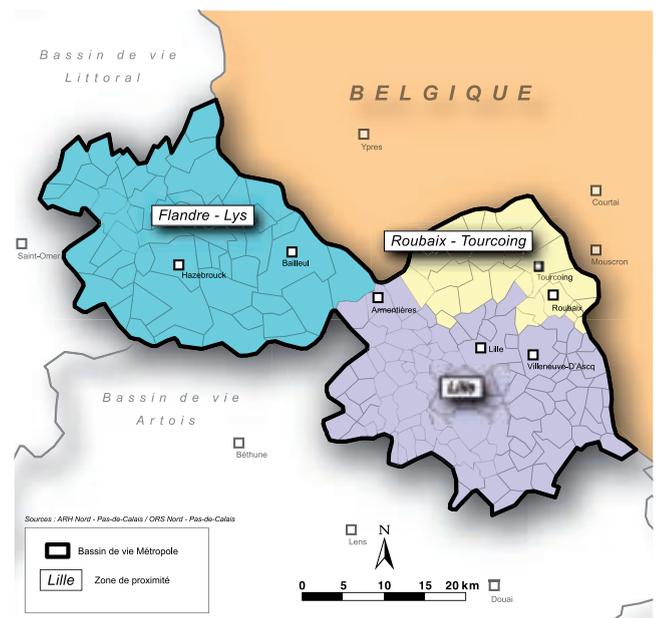
Le bassin de vie se compose désormais de 3 territoires de proximité, alors qu'il n'existait préalablement qu'un seul secteur sanitaire. Au nord-ouest, le territoire de Flandre-Lys recouvre la totalité du Pays Cœur de Flandre ainsi que la terminaison méridionale du Pays Moulins des Flandres. Sur le cœur de la métropole, le territoire mis en place à l'occasion du SROS 3 va, au sud, au-delà de la limite de la Communauté urbaine, jusqu'aux limites de l'arrondissement. Vers le nord-est enfin, la zone de Roubaix-Tourcoing se calque sur la zone d'emploi, et court depuis Toufflers jusque Frelinghien.

La métropole bénéficie d'axes et d'un réseau de transports bien structurés qui drainent vers elle une population susceptible d'aller et venir en tous sens, y compris vers la Flandre et la Wallonie belges. Comme toute capitale régionale, l'agglomération lilloise compte un

BASSIN DE VIE DE LA MÉTROPOLE INTERCOMMUNALITÉS



BASSIN DE VIE DE LA METROPOLE TERRITOIRES DE PROXIMITÉ



grand nombre d'universités, de grandes écoles et établissements de formation. De ce fait, la proportion de jeunes de moins de 25 ans y atteint presque 37%. Les personnes de plus de 65 ans, qui ne sont pas en âge d'être actives, y sont aussi moins nombreuses.

FILE À L'IMAGE DE SA RÉGION, DOTÉ

		Population				Etat de santé				Besoin de prévention		Réponse du système de soins	
		Population en 1999	Densité (hab./km ²)	Part des moins de 25 ans (en % de la population)	Part des moins de 65 ans (en % de la population)	Mortalité* avant 65 ans Hommes	Mortalité* avant 65 ans Femmes	Mortalité* avant 65 ans par cancers Hommes	Mortalité* avant 65 ans par cancers Femmes	Mortalité* attribuée à des facteurs de risques individuels Hommes	Mortalité* attribuée à des facteurs de risques individuels Femmes	Mortalité* attribuée aux systèmes de soins Hommes	Mortalité* attribuée aux systèmes de soins Femmes
Bassins de vie	Métropole	1311367	808	36,8	13,0	118,7	121,7	133,0	118,5	122,8	129,8	115,7	138,0
	Artois	1128637	310	34,1	16,0	145,0	132,6	152,1	117,6	157,4	154,3	147,3	137,5
	Littoral	8006011	193	35,0	14,1	132,7	122,4	137,7	111,2	143,2	125,7	137,5	131,7
	Hainaut	749856	251	34,4	15,6	142,5	136,4	143,8	114,9	150,5	146,1	157,4	144,7
Ter. Prox.	Flandre-Lys	116669	168	34,0	15,1	117,1	110,2	131,2	102,7	132,2	121,4	107,0	132,2
	Lille	764100	1156	36,8	12,5	119,8	122,2	134,0	119,5	126,0	133,5	116,6	131,4
	Roubaix-Tourcoing	417624	1911	37,6	13,2	117,8	124,2	133,0	120,8	115,8	123,3	116,8	152,0
Interco.	CU de Lille Métropole	1091156	1785	37,3	12,8	120,9	125,2	134,8	123,3	124,7	134,1	117,1	140,5
	Pays de Cœur de Flandre	116174	205	34,3	14,8	114,5	110,5	131,8	110,2	126,4	125,7	101,6	130,4
NORD - PAS-DE-CALAIS		3995871	322	35,2	14,5	133,6	127,7	141,5	116,1	142,1	139,0	137,3	137,9

Sources : * de 1999 à 2001

UN ÉTAT DE SANTÉ MEILLEUR MAIS EN RETARD CHEZ LES FEMMES

L'état de santé, même s'il est en dessous des valeurs françaises, est moins en retard que dans les bassins de vie de la périphérie. Deux caractéristiques sont toutefois à signaler. D'une part, la dégradation des indicateurs sociaux lorsqu'elle existe, par exemple sur Roubaix-Tourcoing, semble ici ne pas avoir aussi systématiquement qu'ailleurs de corollaires sanitaires. D'autre part, une fois n'est pas coutume, ce sont les indicateurs féminins qui sont le plus en retrait. La mortalité prématurée chez les femmes y est similaire à celle du littoral, elle la dépasse même dans les limites de la Communauté urbaine. Lille et son agglomération sont toutefois exposées à une surmortalité masculine par cancers d'un tiers supérieure à la moyenne française qui s'atténue aux environs de 20% chez les femmes.

LA PREUVE DES EFFETS DE LA PRÉVENTION ?

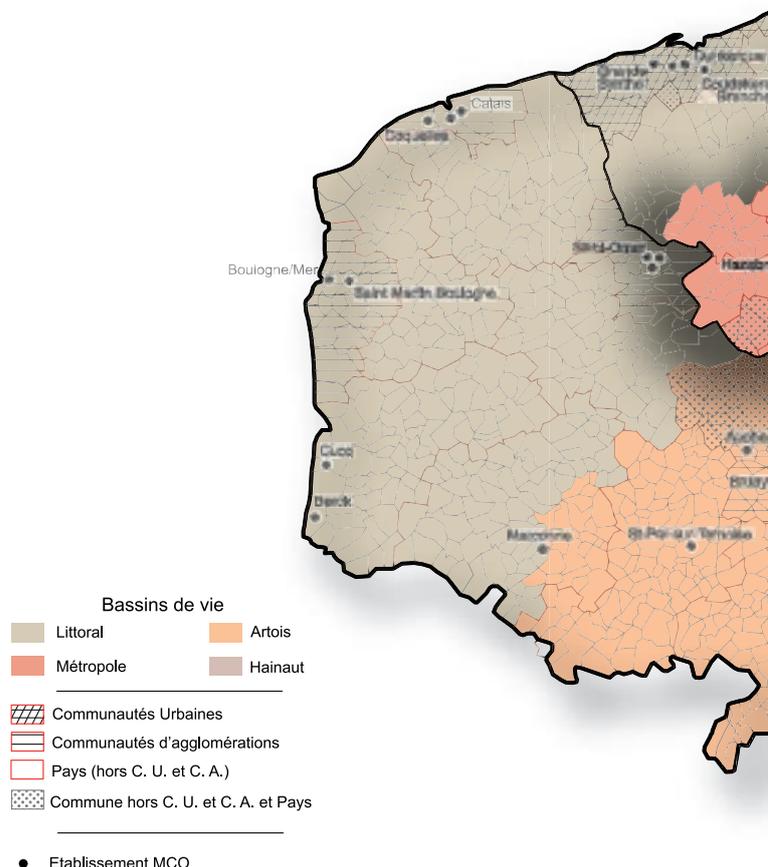
Fait remarquable, la mesure des besoins de prévention pourrait laisser penser que les actions massives déployées depuis presque 30 ans ont eu effectivement des effets. Partout, les indicateurs sont bien plus faibles que la moyenne régionale, à Lille et particulièrement sur la zone Roubaix-Tourcoing dont l'antériorité historique des actions est bien connue. Néanmoins, les bénéfices supposés semblent toujours avoir moins profité aux femmes. La prise en charge assurée par le système de soins est sans commune mesure avec celle des autres bassins de vie. Les indicateurs y sont moins mauvais même si la mortalité prématurée attribuable au système de soins y excède de 15% les valeurs françaises des hommes et de 40% celles des femmes.

LE CHEF DE FILE DU SYSTÈME DE SANTÉ RÉGIONAL

Parce que la quasi-totalité des équipements de santé destinés à assurer des soins rares et très spécialisés au profit de la population régionale est implantée dans la Communauté urbaine de Lille, parce qu'un grand nombre d'entreprises et de services œuvrant dans le domaine de la santé s'y trouve, la métropole est le centre de référence du Nord - Pas-de-Calais.

Les densités de médecins spécialistes y dépassent très logiquement la moyenne française : 203 pour 100 000 habitants. Les médecins de spécialités les plus rares, tels que les psychiatres et les ophtalmologistes y sont abondamment présents. Il en est aussi de même pour les généralistes.

LES ÉTABLISSEMENTS DE COURT SÉJOUR ET LE BASSIN DE VIE DE LA MÉTROPOLÉ



D'UN FORT POTENTIEL

Système local de santé				Système local de prise en charge			
Part des médecins dans les emplois de santé en 1999	Part des emplois de santé dans la population active 1999	Densités de généralistes en 2005 (pour 100 000 hab.)	Densités de spécialistes en 2005 (pour 100 000 hab.)	Densités de pédiatres en 2005 (pour 100 000 enfants de 0 à 15 ans)	Densités de gynécologues-obstétriciens en 2005 (pour 100 000 femmes de 15-49 ans)	Densités d'ophtalmologues en 2005 (pour 100 000 habitants)	Densités de psychiatres en 2005 (pour 100 000 habitants)
12,2	8,6	194,3	203,2	69,4	39,9	7,9	21,1
7,8	7,6	148,1	95,5	20,6	20,5	4,8	11,5
9,2	7,4	148,6	100,3	31,4	24,5	4,6	5,0
8,7	8,0	154,7	104,5	34,5	26,2	4,4	9,8
9,3	7,1	137,7	73,0	11,9	14,7	3,4	25,3
11,3	8,2	225,4	273,4	99,4	46,6	9,8	29,7
9,6	6,4	155,5	117,4	38,2	34,6	6,0	5,0
10,7	7,8	206,8	235,5	82,1	45,5	9,1	22,7
10,0	6,5	141,6	72,4	11,9	14,6	3,4	25,4
10,2	8,0	164,6	133,5	41,7	29,0	5,7	13,0

... QUI COMPREND AUSSI UN SYSTÈME LOCAL DE SANTÉ

Une quinzaine de communes dispose d'une offre hospitalière dont les activités sont diverses. Pour les maternités, exemple-type de l'offre de proximité, 12 établissements se répartissent en 6 points. Par ailleurs les prises en charge, régionales et de proximité, en cancérologie, toujours plus rares en règle générale, existent dans 11 établissements sur 5 sites. Ceci correspond au rôle de *recours* régional de certains établissements de la métropole, où l'offre spécialisée est aussi abondante que celle de proximité. Pour ce qui est de l'offre en spécialistes, l'attrait du centre de la métropole est certain : le territoire de proximité de Lille compte un nombre de pédiatres, gynécologues-obstétriciens, ophtalmologistes, au moins trois fois supérieur aux autres territoires du bassin de vie.

VERS UN PÔLE SANITAIRE DE POIDS EUROPÉEN ?

Le bassin de vie Métropole rencontre moins de difficultés qu'ailleurs pour attirer des professionnels de santé. Le sujet y est donc moins préoccupant.

La quantité d'offre semble être suffisante, mais son organisation actuelle pourrait encore être optimisée. En cela, la particularité du bassin justifiait de mettre en place 3 territoires de proximité. L'un d'entre eux -Roubaix Tourcoing- a d'ailleurs anticipé cette organisation et engagé depuis quelques années une réflexion et des coopérations locales. L'attractivité régionale de la Métropole doit par ailleurs être analysée isolément. Notamment parce que l'offre offerte par Lille et qui ne se trouve pas ailleurs, doit effectivement pouvoir bénéficier à l'ensemble de la population régionale. C'est une réelle responsabilité, peu simple à assumer pour les établissements concernés. Or, il est encore difficile de distinguer cette activité régionale de celle de proximité.

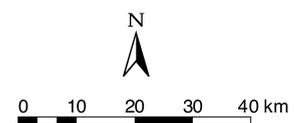
Quoi qu'il en soit, Lille dispose aujourd'hui d'atouts du fait du regroupement d'entreprises et de services publics et privés à l'échelon local. Ici, comme dans d'autres capitales régionales, la présence de quelques dizaines de grands professionnels et d'une poignée d'entreprises innovantes peut encore renforcer l'attractivité. L'image autant que la réalité d'activités à forte notoriété peuvent faire passer un *cluster* sanitaire à un rang supérieur.

C'est là sans doute que se joue l'avenir de Lille et de sa métropole en tant que pôle sanitaire européen de référence. C'est l'un des enjeux que la métropole a à relever.

Communautés urbaines 1999	Part des emplois de santé dans la population active 1999
Lyon	11,1
Grand Nancy	10,3
Marseille	8,9
Le Mans	8,5
Alençon	8,3
Lille Métropole	7,8
Bordeaux	7,8
Brest	7,7
Nantes	7,1
Cherbourg	7,0
Strasbourg	7,0
Arras	7,0
Le Creusot	6,8
Dunkerque	4,7

Source : Insee

En 1999, la marque de fonctions métropolitaines y était patente : 37 000 emplois de santé soit 8,6% de la population active, dont plus de 12% de médecins. Cette force de gravité génère d'ailleurs une attraction soutenue qui ne s'affaiblit qu'avec l'éloignement. L'aire d'attraction des établissements hospitaliers lillois est connue pour se développer jusqu'à Douai et Lens, voire jusque Dunkerque et le nord du Ternois pour les soins les plus spécialisés.



SYSTÈME LOCAL DE SANTÉ

La santé est une activité et une ressource locale qui varie fortement d'une agglomération à une autre. Elle se structure en *systèmes* (emplois directs ou indirects, flux de population ou économiques, etc.) qui ont un impact considérable sur la vitalité d'un territoire. Ce nouveau concept* de *système local de santé* est ici mesuré au travers de trois indicateurs qui ne peuvent suffire à rendre compte de la globalité du système :

- le pourcentage de la population active qui exerce dans le secteur économique santé ;
- la densité de médecins, généralistes et spécialistes ;
- l'offre de santé, dont le nombre d'établissements de soins.

* O. Lacoste-E. Lebas, Nouvelle géopolitique de la santé, à paraître courant 2007

SYSTÈME LOCAL DE PRISE EN CHARGE

Au sein des *systèmes locaux de santé* existent des *systèmes locaux de prise en charge* orientés et développés dans le cadre de thématiques de santé particulières. Ils se composent de l'offre des établissements de soins, des professionnels de santé, des actions de prévention et de bien d'autres segments. Quelques indicateurs de ces *systèmes locaux de prise en charge* sont ici rapportés :

- la densité de pédiatres ;
- la densité de gynécologues-obstétriciens ;
- la densité d'ophtalmologues ;
- la densité de psychiatres.

LES BASSINS DE VIE DU NORD - PAS-DE-CALAIS

Créés en 1997 à l'occasion de l'élaboration du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de deuxième génération, les bassins de vie du Nord - Pas-de-Calais ont peu d'équivalent en France. En effet, l'organisation sanitaire des territoires se fondait jusqu'en mars 2004 sur des *secteurs sanitaires*, et depuis se structure autour de *territoires de proximité*. Les bassins de vie, même s'ils ont été très légèrement retouchés lors du dernier Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (de 3^e génération) constituent dans

notre région l'échelon supérieur de cette organisation. Plus vastes, ils englobent aujourd'hui plusieurs territoires de proximité, comme ils recouvraient hier divers secteurs sanitaires. Si dans de multiples régions, des analyses territoriales ont permis d'individualiser de nouveaux territoires de proximité, ce sont les zones d'emploi qui ont été retenues par l'ARH Nord - Pas-de-Calais.

LES QUATRE VOLONTÉS DU SROS 3

Dans les intentions du ministère de la Santé, les nouveaux Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire doivent s'adapter à chaque région et décliner quatre priorités :

- 1 - conduire **une meilleure évaluation des besoins de santé** ;
- 2 - veiller à une **plus grande prise en compte de la dimension territoriale** ;

- 3 - rechercher **une association plus étroite des établissements, des professionnels, des élus et des usagers** ;
- 4 - assurer **une véritable animation de leur mise en œuvre au sein de chaque territoire de santé**.

Source : circulaire n° 101/DHOS/O/2004 du 05 mars 2004.

3 questions à : Charles SULMAN Membre du bureau de la conférence sanitaire de la Métropole

Les directives du ministère pour le SROS 3 prévoient que s'associent localement les établissements, les professionnels, les élus et les usagers. La conférence sanitaire est-elle à même d'assurer cette animation au sein de la Métropole ?

Clairement, aujourd'hui la conférence repose d'abord sur les professionnels hospitaliers. La première étape est d'obtenir que tout le monde partage le même langage : que chacun sache ce que les uns et les autres font. La méthode d'animation consiste d'abord à installer le dialogue, pour résoudre les incompréhensions ou des difficultés, puis d'associer chacun.

Pour le moment, les médecins de ville sont peu présents ; il est souhaitable de développer avec eux les relations ville-hôpital. Quant aux usagers, il est difficile pour eux d'intervenir. Il faut leur laisser une place.

Le PMT va-t-il être le résultat effectif de l'association des acteurs du territoire ?

Le Projet Médical de Territoire est une bonne idée. Mais nous ne sommes pas en capacité de le construire tel que nous le souhaiterions, car nous manquons de temps.

Mais nous pouvons toujours présenter des priorités. Nous avons donc décidé de bâtir des groupes de travail et de travailler sur l'existant. Nous avons commencé par un travail d'enquête pour mettre à jour par secteur, les problématiques rencontrées, l'organisation de l'offre et les manques. Ceci est le moyen d'associer largement chacun.

**Quelles sont donc ces priorités que la conférence souhaite afficher ?
Prendront-elles en compte les besoins de santé ?**

En ce qui concerne les besoins de santé, il y a un problème de méthode et un véritable désaccord sur le fond : le constat partagé par tous les membres de la conférence n'apparaît pas dans le SROS. Tout le développement des soins devrait répondre aux besoins. Or les besoins n'ont pas été étudiés dans le SROS, et nous savons qu'ils ne sont pas satisfaits.

Les priorités de la conférence sont celles qui ont donné lieu aux groupes de travail de la conférence : les urgences tout d'abord, avec la problématique de la proximité et de l'équilibre public/privé. La prise en charge des personnes âgées doit être mise à plat pour savoir où sont les creux et manques : de nombreuses places prévues n'ont pas été créées. La psychiatrie doit être structurée différemment, car les secteurs ne sont plus adaptés. Il faudra aussi imaginer des solutions nouvelles notamment pour la psychiatrie sociale qui associe médecine de ville et hospitalière. Et bien sûr la cancérologie est une priorité : sur ce point, nous sommes en attente des textes et avenants. Selon nous, la réflexion doit être régionale et ne pas se limiter aux bassins de vie.

Sur tous ces points, nous ne voulons pas nous limiter aux moyens qui nous seront donnés. Il faut être optimiste.