

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais

Olivier Lacoste, Laure Spinosi

Christophe Declercq, Bernadette Tillard, Michèle Tricart



Olivier Lacoste, Laure Spinosi
avec la collaboration de Christophe Declercq, Bernadette Tillard, Michèle Tricart

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais

Étude réalisée pour le Conseil régional Nord - Pas-de-Calais

Septembre 1996

Observatoire régional de la santé du Nord - Pas-de-Calais
Maison régionale de promotion de la santé
13 rue Faidherbe, 59046 LILLE Cédex

S O M M A I R E

REMERCIEMENTS	9
Introduction	11
UN MILIEU ET DES HABITANTS AUJOURD'HUI	18
Hypothèses	18
Une approche territorialisée	19
Le Bassin minier, un cadre introuvable ?	20
Un territoire qui n'appartient plus qu'à l'histoire ?	22
Le Bassin houiller, un terme structurel et efficient	23
De quels éléments se compose-t-il ?	25
Des « délimitations actives » trop discontinues pour être retenues	25
Une « anomalie » géographique, urbaine et humaine patente	27
Un ensemble urbain sans équivalent en France	28
L'inadaptation du modèle « banlieue »	29
Des aires urbaines dissemblables	31
L'absence d'unité des unités urbaines	31
Béthune	33
Lens	35
Douai	37
Valenciennes	38
Le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais et ses homologues européens	41
La forte dépendance demeure vis-à-vis de l'industrie minière et perdure au-delà de la cessation d'activité	41
Un niveau de chômage plus élevé	43
Le déficit en matière d'éducation et de formation professionnelle	44
Un déficit démographique	45
L'habitat	45
L'environnement et l'image des bassins miniers	48
Le manque de ressources locales	48

Après 130 ans « d'occupation minière » et 30 ans d'efforts publics, le rééquilibrage tarde à venir	48
Investissement public et tendances positives	49
De lourds points noirs à faire disparaître	50
Et la santé ?	50

LES INDICATEURS MASCULINS **51**

L'ensemble des décès	53
-----------------------------	-----------

Les tumeurs malignes	56
-----------------------------	-----------

Les tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	57
---	----

Les tumeurs des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage	58
---	----

Les tumeurs malignes de l'intestin	59
------------------------------------	----

Les maladies de l'appareil circulatoire	59
--	-----------

Les cardiopathies ischémiques	60
-------------------------------	----

Les maladies vasculaires-cérébrales	61
-------------------------------------	----

Les maladies de l'appareil respiratoire	61
--	-----------

Les bronchites et maladies pulmonaires obstructives	62
---	----

Les causes extérieures	63
-------------------------------	-----------

Les suicides	64
--------------	----

Les accidents de la circulation	65
---------------------------------	----

Les maladies de l'appareil digestif	65
--	-----------

Les décès liés à l'alcool	66
----------------------------------	-----------

Les maladies du système endocrinien	68
--	-----------

Les maladies infectieuses	68
----------------------------------	-----------

La tuberculose	69
----------------	----

Le sida	69
---------	----

LES INDICATEURS FEMININS **72**

L'ensemble des décès	72
-----------------------------	-----------

Les maladies de l'appareil circulatoire	74
Les cardiopathies ischémiques	75
Les maladies vasculaires-cérébrales	75
Les tumeurs malignes	76
Les tumeurs malignes du sein	77
Les tumeurs malignes de l'intestin	77
Les tumeurs malignes de l'utérus	78
Les causes extérieures	79
Les suicides	79
Les accidents de la circulation	80
Les maladies de l'appareil respiratoire	81
Les bronchites et maladies pulmonaires obstructives	81
Les maladies de l'appareil digestif	82
Les maladies liées à l'alcool	83
Les maladies du système endocrinien	85
Les maladies infectieuses	86
La tuberculose	87
Le sida	87
LES INDICATEURS DE L'ENFANCE	89
La mortalité infantile et périnatale	89
Comparaison avec les régions françaises et les états européens	89
Une mortalité infantile moyenne dans le Douaisis et le Valenciennois	90
La mortalité périnatale est relativement moins élevée	91
Les indicateurs de périnatalité	92
LE SYSTEME DE SOINS	94
Sous-consommation ou comportement plus responsable des assurés et des professionnels ?	94
L'hospitalisation	95

La diversité des disciplines dispensées : atouts et lacunes	98
Les bassins de recrutement et les fuites	100
Béthune	100
Lens	100
Douai	101
Valenciennes	101
La médecine ambulatoire	101
La consommation de ville	102
La démographie médicale locale	103
Lens et Douai sont-elles, de ce point de vue, des villes « handicapées » ?	103
Le réseau de spécialistes libéraux de Douai est en voie de « métropolisation »	105
L'infrastructure sanitaire du régime minier	107
L'activité des « généralistes miniers »	107
L'AHNAC	111
Les œuvres du système minier	112
L'alcoologie	113
Quel système de soins demain ?	114
LES PHENOMENES CONTEMPORAINS	115
Les liens des individus et des populations avec l'environnement minier et l'insertion dans le contexte social	116
L'empreinte minière	117
Appartenance au groupe et vision communautariste	120
La famille	121
L'espace premier de référence : le quartier	125
L'assistance : hier et aujourd'hui	126
Le recours aux soins	128
Le monde des hommes et la santé	132
Santé, chômage et culture ouvrière	133
Le stress social et sa dynamique sur l'état de santé	137
La toxicomanie	146
Le monde des femmes, leur place, leur santé	147

Erosion des anciennes fonctions sous l'effet du temps et de la crise	150
L'alcoolisation féminine	152
Mutations des places assignées, contraception et grossesse	154
Une longue marche vers l'individuation ?	156
Les enfants, leur position, l'avenir	157
Des enfants choyés mais parfois insuffisamment stimulés	159
Vécu de l'enfance et santé des adultes d'aujourd'hui et de demain	162
PROPOSITIONS	166
Reconnaître la spécificité sans stigmatiser	166
Pousser, plus avant encore, les recherches appliquées et applicables à ce territoire	167
Développer la prise en charge alcoologique dans sa diversité	169
Investir dans une dynamique d'accompagnement des femmes qui ne se limite pas au local et à la seule maternité	171
Préserver l'avenir de la population et respecter les projets familiaux	172
Encourager la constitution des réseaux locaux	174
CONCLUSION	177
BIBLIOGRAPHIE	179
TABLE DES TABLEAUX	184
TABLE DES GRAPHIQUES	187
TABLE DES CARTES	188

R e m e r c i e m e n t s

L'Observatoire régional de la santé remercie toutes les personnes qui lui ont accordé du temps ou transmis des données, toutes celles et tous ceux qui ont contribué, d'une façon ou d'une autre, à l'élaboration et à la réalisation de cette étude.

M. Achachéra, Mme Adamski, Mme Anzalone, Mme Azelard

Mme Baco, Mme Bailly, Mme le Docteur Bailly, M. Bathani, M. le Docteur Beckaert, M. Bednarek, M. le Docteur Bensoussan, Mme Bernard, M. le Docteur Bétancourt, Mme Bétrancourt, M. Bonte, M. le Docteur Botte, Mme Bourgeois, M. Brabant, M. Briand, M. Brunon, Mme Buyens

Mme Cabanel, Mme Cadre, M. Caffart, M. le Docteur Cafier, Mme Caillet, M. Camier, M. le Docteur Camus, M. Carle, Mme le Docteur Caron, Mme Chevereaud, M. Chrétien, Mme Cocu, Mme Coupé, M. le Docteur Courouble, M. Crozat

Mme Damageux, Mme Darras, Mme Dartenelle, M. le Docteur Decherf, Mme Deck, M. le Docteur Decroix, M. DeFrance, Mme Dehouck, M. Delattre, M. le Docteur Delhaye, M. le Docteur Délié, M. le Docteur Delot, Mme Delreux, M. le Docteur Demailly, M. Demailly, M. Demonceau, Mme Demonceau, M. Demouvaux, Mme Denieul, Mme Denois, Mme Depardieu, Mme Desjardins, Mme le Docteur Deudon, Mme Dhoquois, M. Domy, M. le Docteur Dreuil, Mme Drouet, Mme Ducatez, Mme Duhem, Mme Dumont, M. le Docteur Duploux, M. Dupont

Mme Flipo, M. Foucher, M. Franjy

Mme Gaby, Mme le Docteur Gaudoux, Mme Gentil, Mme Ghoris, Mme Giblin, M. Gillebert, Mme Glapa, M. Gorrex, Mme le Docteur Gotrain, M. le Docteur Grabarz, M. Gras, M. le Docteur Grignet, Mme Gueux, M. Guilbert

Mme Hamelin, Mme le Docteur Hecquet, M. le Docteur Hourtoulle, M. Houssain

Mme le Docteur Jarlot, Mme Joseph, M. Joseph

M. Kaczmarek, M. Kazmierzak, Mme Kevall, M. le Docteur Klein, Mme Kowalski, M. Krawzyk

M. Lamorisse, M. le Docteur Laurier, Mme Le Goanvic, Mme Lecat, Mme le Docteur Leconte, M. le Docteur Lefevre, Mme le Docteur Lefebvre, M. le Docteur Legal, M. le Docteur Legrand, Mme Leleu, Mme Lempereur, M. Lepers, Mme le Docteur Lobry, M. Look, Mme Loron, M. Louis

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Remerciements/Introduction

M. Maerte, Mme Malavielle, Mme Malfait, Mme Mantel, Mme le Docteur Marcuzzi,
M. le Docteur Marquet, M. Martelli, Mme Mathé, M. le Docteur Mayeur, M. Mégand,
Mme Merzaghi, M. Millon, M. le Docteur Modaine, M. Molière, M. le Docteur Moreau,
Mme Mormentyn

Mme Neumane

M. le Docteur Pagerie, M. Papoutzos, M. Petit, Mme Piquet, M. Piquet, M. Pourcelot,
Mme Prin, Mme Pruvot

M. le Docteur Quéту, Mme Queval

M. Régnier, Mme Renou, Mme Révillon, M. le Docteur Ridon, Mme le Docteur Rogez

Mme Saint-Machin, M. Schnel, M. Schwartz, M. Séres, M. Subra

Mme le Docteur Tassin, M. Thomas, Mme Thomas, M. Tisserand, M. le Docteur Titran

M. le Docteur Ungier

M. le Docteur Van Ecloo, M. Vandamme, Mme Vandewestine, M. le Docteur Vasseur,
Mme Villette

M. Walker, M. le Docteur Wallaert, Mme Wehrung, M. le Docteur Wyart.

*Laurence Cocatrix et Eric Wimetz, pour leur participation
aux entretiens ;
Monique Sarre, pour sa collaboration aux recherches
bibliographiques sur la maternité, la précarité et la petite enfance ;
qu'ils en soient tous les trois vivement remerciés.*

Introduction

Dans le champ de la santé publique, aborder la santé ainsi qu'un vaste éventail de ses composantes et de ses déterminants dans un cadre territorial restreint n'est pas une démarche banale et routinière. Le bilan élaboré présenté dans les pages suivantes se devait d'être innovant, mais conforme et respectueux des méthodes couramment employées. Soucieux de maintenir cette étude dans ce cadre, nous avons opté pour une approche alliant la mobilisation d'indicateurs et la sollicitation d'informateurs-clés. Ces deux voies d'approche sont classiquement utilisées en de multiples occasions, dont la démarche de planification. Il nous a semblé nécessaire de compléter ces démarches méthodologiques d'une recherche bibliographique (réalisée par le service documentation de l'ORS) et de comptes rendus de rencontres avec des experts nationaux reconnus pour leur compétence dans diverses disciplines (médecine, sociologie, géographie).

- Nous avons compilé un grand nombre de données existantes à l'ORS et bénéficié, par ailleurs, de la collaboration de partenaires régionaux. Ainsi, ce travail exploite-t-il des données ou statistiques fournies par différentes sources d'information (R. Pineault et C. Daveluy, 1995) abordant le système de santé sous ses différentes composantes :
 - socio-démographiques ;
 - sanitaires ;
 - d'utilisation des services de santé ;
 - de ressources.

Les mêmes structures et organismes partenaires de l'ORS dans cette recherche ont, de plus, complété leur participation active en communiquant de nombreuses études que nous avons eu le loisir de consulter et d'analyser.

MÉTHODOLOGIE

L'approche par indicateurs

L'approche par indicateurs est la plus fréquemment utilisée, probablement parce qu'elle consiste à compiler des données existantes. Cette approche ne produit donc pas de nouvelle information ; elle analyse celle qui existe, l'interprète et s'en sert pour déduire les besoins.

Le postulat de base de cette approche est que l'estimation des besoins peut se faire à l'aide de certains descripteurs ayant été associés à des besoins. Les indicateurs sanitaires sont des mesures directes ou indirectes de l'état de santé. Les autres indicateurs, particulièrement les indicateurs socio-économiques, sont reconnus comme prédicteurs de besoins. C'est à ce titre qu'ils sont particulièrement utiles pour dresser le portrait sanitaire d'une population ou d'une communauté. [...]

Dans le cadre d'une étude de besoins, les indicateurs sont surtout utiles pour aider à déterminer l'importance des problèmes, et par là, à déterminer les priorités de même que les groupes cibles des interventions. [...]

Les données ou statistiques fournies par les différentes sources d'information sont de nature variée et à l'état brut, elles ne sont pas très parlantes. Elles ont besoin d'être traduites en termes plus « indicatifs » en indicateurs exprimés en termes de pourcentages, de taux, de ratios, ce qui facilite les comparaisons. [...]

Dans la perspective de la planification de la santé, les indicateurs du système de santé portent sur les différentes composantes de ce système et comprennent les catégories suivantes :

1. les indicateurs socio-démographiques ;
2. les indicateurs sanitaires ;
3. les indicateurs d'utilisation des services de santé ;
4. les indicateurs de ressources.

*Raynald Pineault & Carole Daveluy, La planification de la santé,
1995, page 99 à 101.*

Près de 170 personnes informateurs-clés résidant ou travaillant dans le Bassin houiller ont été sollicitées afin de nous faire part de leurs impressions, perceptions (selon les termes de R. Pineault et C. Daveluy). Ces entretiens, semi-directifs, ont été menés en privilégiant dans le choix de nos rencontres des interlocuteurs disposant *a priori* d'une bonne connaissance des réalités locales, ce qui impliquait pour nous de rechercher des interlocuteurs exerçant ou résidant depuis au moins trois ans sur place. Les personnes rencontrées ont été sélectionnées en fonction de leur champ d'intervention (médecins de ville, médecins hospitaliers, responsables d'établissements hospitaliers, infirmiers, travailleurs sociaux, enseignants, élus, professionnels de l'aménagement et de la Ville) de leur lieu d'exercice (l'échantillonnage tenant compte de quatre zones prédéterminées : Béthunois, Lensois, Douaisis et Valenciennois).

Lors de la conduite de ces entretiens semi-directifs nous avons principalement recherché à recueillir des avis portant sur les points suivants, les répondants étant questionnés sur les besoins identifiés à l'intérieur de leurs services ou de leurs activités, plutôt que sur l'ensemble des besoins de la communauté sur lesquels ils risquaient de ne pas avoir de données (selon les termes de R. Pineault et C. Daveluy) :

- le Bassin houiller est-il ou non un milieu spécifique ?
- la population se caractérise-t-elle ou non par des comportements, des caractéristiques sociologiques et/ou culturelles qui lui sont propres ?
- y-a-t-il eu de nettes évolutions -positives et négatives- au cours des trois à cinq dernières années ?
- existe-t-il ou non des sous-populations identifiables par de fortes caractéristiques ?
- l'état de santé local présente-t-il ou non des spécificités ?
- l'attitude de la population à l'égard de sa santé, dans son recours aux soins, est-elle ou non particulière ?

MÉTHODOLOGIE

La conduite des entretiens

Le travail de l'enquêteur consiste, entre autres, dans ce type d'approche, à permettre à l'interlocuteur d'adopter une attitude telle, qu'il aborderait de lui-même les points recherchés par l'enquêteur. Il n'est pas question de poser trop explicitement une question qui influencerait une réponse (exemple : la santé ça ne va pas du tout ici, n'est-ce pas ?).

Cette méthode nécessite qu'un certain climat de confiance s'établisse afin que l'interlocuteur élabore lui-même sa réflexion, au fur et à mesure de son discours.

L'exercice attendu par l'enquêteur est difficile et relativement désagréable pour l'interlocuteur. En effet, la réaction première de la personne sollicitée est, fréquemment, de chercher à vérifier auprès de l'enquêteur si ses propos sont exacts ou erronés (en posant des questions ou en interprétant la posture ou les mimiques de l'enquêteur).

Nous remercions une fois encore toutes les personnes s'étant prêtées à cet exercice parfois long (de 40 minutes à 2 heures 30), et quelque peu déplaisant pour elles.

Avant de procéder à l'analyse du matériel obtenu auprès de nos informateurs-clés, nous avons procédé à une sélection des entretiens retranscrits afin de n'exploiter qu'un matériel fiable à nos yeux.

De plus, il nous a été possible d'accéder à des données quantitatives auprès des organismes suivants :

- la direction régionale des Affaires sanitaires et sociales ;
- les directions départementales des Affaires sanitaires et sociales ;

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Remerciements/Introduction

- le Conseil régional Nord - Pas-de-Calais ;
- le Conseil général du Nord ;
- le Conseil général du Pas-de-Calais ;
- le Rectorat de Lille ;
- la Caisse régionale d'assurance maladie ;
- les Caisses primaires d'assurance maladie de Lens, Douai et Valenciennes ;
- les échelons locaux de service médical de la Caisse nationale d'assurance maladie de Lens, Douai et Valenciennes ;
- l'Union régionale des sociétés de secours minières ;
- les Sociétés de secours minières du Nord et du Pas-de-Calais ;
- le Centre hospitalier de Béthune ;
- le Centre hospitalier de Lens ;
- le Centre hospitalier de Douai ;
- le Centre hospitalier de Valenciennes ;
- l'Association des communes minières de France ;
- la SACOMI ;
- la SOGINORPA ;
- l'Association hospitalière Nord Artois Cliniques ;
- l'Association régionale des Caisses d'allocations familiales ;
- l'Observatoire régional de la formation, de la qualification et de l'emploi.

MÉTHODOLOGIE

L'approche par informateurs-clés

Par informateurs-clés, on entend ici des personnes résidant ou travaillant dans la communauté et qui sont reconnues comme ayant une bonne connaissance de cette dernière. Leur « bonne connaissance du milieu » est fonction de la nature du contact avec les résidents d'une part, et de la durée de leur expérience de vie ou de travail dans cette même communauté d'autre part. [...] La méthode désignée sous le terme « approche par informateurs-clés » réfère toutefois à une entrevue individuelle avec chacune de ces personnes afin de connaître leurs impressions sur un sujet donné. Précisons que, contrairement aux techniques du groupe nominal et du groupe Delphi, l'approche par informateurs-clés ne vise pas à atteindre un consensus parmi les participants puisque, dans le cadre de ce type d'étude, il n'y a pas d'échange entre eux. [...]

Avantages et désavantages de l'approche par informateurs-clés

L'intérêt de cette approche par informateurs-clés est que, dans la mesure où la sélection a permis de rejoindre les différents secteurs ou groupes de la communauté, cette méthode donne un éventail des besoins actuels de la communauté. D'autre part, elle permet souvent de dégager les éléments d'une stratégie d'amélioration de la situation et a comme effet secondaire d'impliquer les informateurs-clés dans le processus de planification et possiblement dans la mise en œuvre des programmes de santé qui en découleront.

Cette approche étant basée sur les perceptions des répondants, il est cependant possible que l'incidence et la prévalence réelles des problèmes ne soient pas tout à fait conformes à la connaissance qu'en ont les informateurs-clés. Leur travail les mettant en contact non pas avec l'ensemble de la population, mais plutôt avec la clientèle qui utilise les services de leur organisation ou association, les répondants devraient être questionnés sur les besoins identifiés à l'intérieur de leurs services ou de leurs activités, plutôt que sur l'ensemble des besoins de la communauté sur lesquels ils risquent de ne pas

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Remerciements/Introduction

avoir de données. A cet égard, la sélection des informateurs est une question primordiale, puisque dans le cas d'omissions, certains groupes peuvent ne pas avoir leurs besoins représentés.

Soulignons d'autre part, qu'une étude basée sur les perceptions et impressions tient peu compte des besoins futurs des individus ; elle concerne avant tout la situation présente. Il est alors moins probable que la dimension « prévention » y ait toute sa place. Cette dernière est souvent oubliée parce que les faits recueillis concernent les problèmes actuels, évidemment plus importants parce que plus présents à l'esprit plutôt que ceux qui surviendront plus tard. D'où l'importance de compléter cette approche à l'aide de méthodes plus quantitatives afin que certaines projections des besoins soient connues des preneurs de décision.

Raynald Pineault & Carole Daveluy, La planification de la santé,

1995, page 227 à 230

Un milieu et des habitants aujourd'hui

Ce rapport d'étude est l'aboutissement d'une enquête commandée à l'Observatoire régional de la santé par le Conseil régional en juin 1995.

La nécessité de ce travail apparut lorsque les services du Conseil régional et l'ORS firent un double constat :

1. le bassin houiller se caractérise par des conditions géographiques, historiques et sociales bien particulières qui associent à la pénurie d'offre d'emploi une crise identitaire¹ ;
2. l'état de santé des populations du Bassin houiller est plus que médiocre. Les manifestations de cet état de santé déficient se répètent parfois, sans lien logique apparent, quels que soient l'âge et le sexe des personnes².

Hypothèses

Plusieurs hypothèses de travail préexistaient dès le départ de cette étude :

1. Le Bassin houiller serait-il le centre de gravité de la région ? Tout ou partie du handicap sanitaire régional s'y localiserait-il ?
2. L'histoire et l'héritage minier suffiraient-ils à expliquer le marasme actuel ?
3. La rareté des connaissances se rapportant à cette population, à ce territoire, pourrait-elle, pour partie, limiter la capacité et l'efficacité de l'intervention des collectivités locales et de l'ensemble des acteurs locaux ?

¹ Extrait du programme de travail de l'ORS en 1995.

² Ibid.

Afin de mener à bien ce travail, il nous a semblé indispensable d'adopter une attitude ouverte qui exclurait tout *a priori*, toute opinion qui ne serait pas fondée sur des faits ou des expériences.

Cette enquête se devait, lors de son démarrage, de faire abstraction de toutes les opinions couramment admises et portées tant sur ce territoire que sur ses habitants. Ces présupposés étaient nombreux, parfois curieux³. On citera à titre d'exemple :

- « *l'extraction minière est aujourd'hui encore responsable de la dégradation de l'état de santé* » (x).;
- « *la structure sociologique locale, caractérisée par une forte concentration de catégories socio-professionnelles dites « inférieures », rend impossible l'apparition d'indicateurs de santé satisfaisants* » (x).;
- « *ces gens sont incapables d'accéder à un état de santé normal* » (x).;
- « *le chômage, élevé localement, est directement responsable de la dégradation de l'état de santé* » (x).;
- « *la situation sanitaire locale n'est pas anormale puisqu'elle a toujours été mauvaise* » (x).;
- « *le système de soins local est tout à fait insuffisant* » (x).;
- « *le système de soins local est tout à fait satisfaisant* » (x).;
- « *le Bassin houiller est une « banlieue »* » (x).;
- « *le Bassin houiller est un espace incompréhensible, tout y est trop complexe, mal coordonné* » (x).

Une approche territorialisée

Cette étude a la particularité de reposer sur une approche territorialisée. Elle a comme objet les rapports unissant un espace et la santé des populations qui vivent, résident, travaillent, naissent et meurent dans cette partie si singulière du Nord - Pas-de-Calais.

³ Nous rapportons ici une rapide synthèse des propos que nous avons pu noter au cours des cinq dernières années.

Outre l'enjeu régional que représente la santé de 32 % des habitants de la région, une telle démarche était sans doute utile. En effet, nous avons constaté au cours de notre enquête que les termes du constat de base, c'est-à-dire l'appréhension du contexte local et de la situation sanitaire, étaient rarement maîtrisés, dans ses deux composantes, par nos interlocuteurs.

Très souvent, les professionnels de santé (exception faite des libéraux de ville) nous ont fait part de leur méconnaissance des réalités géographiques, historiques, sociologiques locales. En de nombreuses occasions, nous avons constaté que le Bassin houiller leur semblait être une entité fort difficile à comprendre. A l'inverse, ceux dont l'action professionnelle les conduit à appréhender ce territoire (tels les aménageurs, acteurs de la politique de la ville...) en connaissent les originalités mais ignorent presque totalement la particularité de la situation sanitaire locale.

Le Bassin minier, un cadre introuvable ?

Aujourd'hui, la délimitation géographique du « Bassin houiller », ou du « Bassin Minier » ne s'effectue pas facilement. L'étude consacrée au devenir de l'ancien bassin minier⁴, publiée en septembre 1995, signale « l'absence de nom propre à ce territoire ».

Pourtant, voici quelques années le terme « Bassin houiller » était d'un usage relativement courant, dans la région comme chez un bon nombre de professionnels de l'aménagement du territoire et chez certains urbanistes.

La cessation de l'extraction minière crée aujourd'hui un « flou », une gêne qui rend la dénomination de ce territoire difficile. Pourquoi continuer à utiliser le terme « bassin minier » alors que

⁴ Secrétariat général pour les Affaires régionales. Des villes et des hommes. Le devenir de l'ancien bassin minier. Lille, Préfecture de la région Nord - Pas-de-Calais, 1995 ; 191p.

la mine n'est plus, que la référence au passé est perçue, parfois, comme responsable « d'un problème d'image flagrant »⁵.

Le terme « Bassin Minier » se rapporte fondamentalement à la présence passée de concessions et de groupes miniers (cf. carte). Ceux-ci ignorèrent totalement les maillages territoriaux communs que furent et restent les communes, les cantons, les arrondissements⁶... Dans une large mesure, l'emploi de la dénomination « Bassin Minier » interdit donc toute référence explicite à un espace public puisque cette appellation renvoie à des entités privées (les concessions) dont la géographie se mit en place au plus tard en 1908. La nationalisation des houillères en 1945 ne remodela pas cette « petite schizophrénie banale et culturelle » qui fait que, depuis toujours, le cadre quotidien de références fait que personne ne s'étonne que le « 1 de Valenciennes » se trouve à Quiévrechain, le « 12 de Lens » à Loos-en-Gohelle ou le « 4 de Liévin » à Avion.

On comprendra donc que nombreuses sont les personnes qui cherchent vainement à retrouver les limites du Bassin minier sur une carte administrative. On comprend, par conséquent, que la recherche d'un territoire nommé « Bassin minier » mène soit à l'impasse (cet ensemble existe-t-il réellement ?) soit au mieux, au constat d'une grande confusion.

Ainsi, le numéro spécial de la revue de l'UFR de géographie de l'Université de Lille 1⁷, consacré au « Pays minier après la mine », ne permet pas, lui non plus, de se référer à une délimitation explicite. Selon les articles, les auteurs retiennent comme cadre territorial soit les ZPIU (zones de peuplement industriel et urbain), soit

⁵ Centre d'études et de prospective-Secrétariat général pour les Affaires régionales, Analyse des réponses au questionnaire adressé aux membres des assises du Bassin Minier, 1996.

⁶ Breitman N, Breitman M. Les maisons des mines dans le Nord - Pas-de-Calais. Liège, Mardaga, 1996, 126p.

⁷ UFR de géographie et d'aménagement de l'USTL, Le Pays minier après la mine : USTL, 1994 - 56 p. couv. ill., tabl. (Hommes et Terres du Nord 1994/1).

les bassins d'habitat ou encore les unités urbaines⁸ ou restent muets sur la délimitation de l'espace considéré.

UN TERRITOIRE QUI N'APPARTIENT PLUS QU'À L'HISTOIRE ?

L'étude publiée par les services de la préfecture de région en septembre 1995 conclut, pour sa part, son chapitre consacré au « découpage territorial de l'ancien bassin minier » par :

L'ABSENCE DE NOM PROPRE À CE TERRITOIRE

A la diversité de ces découpages, s'ajoute la difficulté de nommer ce territoire. En effet, alors que les autres bassins charbonniers européens ont des noms propres qui couvrent l'entité géographique, le bassin minier du Nord/Pas-de-Calais n'a jamais été autrement baptisé que sous ce nom. Aujourd'hui cette appellation n'appartient plus qu'à l'histoire. Cette autre difficulté explique que les auteurs ont utilisé les termes de « bassin minier » ou de « pays minier » pour désigner cette entité géographique.

*Centre d'études et de prospective-Secrétariat général pour les
Affaires régionales, Analyse des réponses au questionnaire
adressé aux membres des assises du Bassin-Minier, 1996.*

Qu'aujourd'hui « cette appellation n'appartient plus qu'à l'histoire » ne peut suffire pour acter une « absence de nom propre ». La terminologie territoriale, la toponymie, se fonde très souvent sur l'histoire pour qualifier tel ou tel ensemble géographique⁹.

⁸ Voir plus loin dans le texte.

⁹ On peut citer en exemples :

l'Aquitaine (« le pays des eaux ») qui qualifiait une des quatre provinces de la Gaule romaine et dont l'appellation disparut jusqu'à la réapparition de ce terme au XIX^e siècle ;

le Roussillon qui tient son nom de l'oppidum romain « Ruscino » qui disparut au haut Moyen Age ;

la Lorraine qui était un État de Lotharingie, laquelle est une entité géopolitique qui n'existe plus ;

LE BASSIN HOULLIER, UN TERME STRUCTUREL ET EFFICIENT

Fort de ces constatations, nous avons opté pour le terme Bassin houiller, comme le firent, par exemple, André Gamblin et Pierre Bruyelle en 1979¹⁰ (et beaucoup d'autres avant eux), lorsqu'ils décrivent l'organisation urbaine de cet ensemble de villes et d'hommes. On peut remarquer que, dès la première ligne de son texte consacré aux « grands centres de l'organisation urbaine du bassin houiller », cet auteur compare ce territoire à la Ruhr.

La dénomination Bassin houiller a, par conséquent, le mérite de se rattacher à une certaine tradition géographique. Elle se réfère aussi à un ensemble structural (géologique) majeur dont la permanence est et restera certaine.

UN ESPACE MARQUÉ ET DÉFINI PAR SA GÉOLOGIE Le Bassin houiller

Le terme bassin houiller est une appellation empruntée à la description géologique. Il est donc possible d'en constituer un substantif : « le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais ».

Les bassins houillers sont d'anciennes fosses continentales dans lesquelles des débris végétaux se sont accumulés suivant un mécanisme sédimentaire particulier, rythmé, dû à l'affaissement (la subsidence) de ces fosses.

Il s'agissait d'immenses lagunes installées en bordure du continent au cours de la période hercynienne (durant 100 millions d'années, entre -340 millions d'années et -235 millions d'années,

le Comtat Venaissin, appelé ainsi en raison de son ancienne capitale Vénasque (Avignon en est la capitale depuis plusieurs siècles, bien avant le rattachement du Comtat à la France en 1791) ;

la commune d'Hénin-Liétard dans le département du Pas-de-Calais, qui porta ce nom jusqu'en 1970 à cause du nom du chevalier Liétard, fondateur de la seigneurie au XI^e siècle.

Quant aux Bassins miniers européens, bien peu « des noms propres qui couvrent l'entité géographique » : Limburg, Lorraine, Asturies, Léon, Teruel, Midlands, Nord Est et Nord Ouest (G.B.), Écosse, Pays-de-Galles, Yorkshire et Saar ne sont pas des toponymies spécifiques à des Bassins miniers mais se rapportent avant tout à des régions telles que le Nord - Pas-de-Calais. On comprendra donc que le cas de la Ruhr soit en fait plus une exception qu'une règle.

¹⁰ Bruyelle P, Les grandes villes secondaires dans la région du Nord. In : Beaujeu-Garnier J. La France des villes. Paris : La Documentation Française, 1979 : 23-61.

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Un milieu et des habitants aujourd'hui

durant lesquelles le Massif central et le Massif armoricain devinrent des chaînes montagneuses), et périodiquement envahies par les eaux marines.

Dans ces fosses, une subsidence intense a permis l'enfouissement et la conservation de nombreuses couches de houille. L'affaissement du sol postérieur au dépôt de la houille a permis à la mer d'envahir les lagune houillères. Chaque invasion a donné naissance à une veine de houille. L'épaisseur de cette couche de charbon est proportionnelle à la durée de l'invasion marine et à l'épaisseur d'eau qui existait lors de la montée de la mer.

La houille est, par conséquent, une roche sédimentaire formée par l'accumulation d'une énorme quantité de débris végétaux (menus fragments de bois, spores, autres débris végétaux, etc.), qui se dispose en bancs intercalés avec d'autres roches telles que des ciments amorphes (*le vitrain*), des grès, des schistes ou de nombreux matériaux détritiques (coquilles d'animaux, matériaux arrachés au continent et transportés par les cours d'eau de l'époque) alternant et constituant le soubassement supportant la couche (*le mur*) ou sa limite supérieure (*le toit*). Dans le bassin franco-belge, les couches de houille ne représentent que 4 % environ de l'ensemble des terrains. Bien que nombreuses, elles ne sont guère épaisses (entre quelques centimètres et 1,20 m tout au plus).

Ce bassin a été affecté de divers mouvements qui ont modifié la disposition des couches de terrain. Au sud, une longue cassure, la Grande Faille du Midi, a rapporté des couches plus anciennes par dessus le bassin sédimentaire. Cet accident majeur, ainsi que d'autres plus *limités* (*Cran de retour, Faille Barrois, Faille Pruvost*), ont en définitive façonné une vaste cuvette dissymétrique dans laquelle les couches géologiques s'enfoncent du nord vers le sud.

De quels éléments se compose-t-il ?

Si l'Insee est en mesure de préciser que cet ensemble se compose de 294 communes habitées par 1 263 400 personnes¹¹, le cadre territorial retenu par les services de cet établissement public a été établi par rapport à un découpage territorial propre à l'Insee : les zones d'études¹² de Béthune, Lens, Douai et Valenciennes.

Des « délimitations actives » trop discontinues pour être retenues

Certes, il était envisageable de délimiter notre territoire de référence en se rapportant à des « délimitations actives », c'est-à-dire à un espace constitué d'éléments dont les édiles ont manifesté explicitement la volonté d'attachement, d'inscription vis-à-vis d'un cadre territorial défini par une appartenance territoriale liée à la mine, à la houille. Il aurait donc pu paraître logique de se référer aux cadres que sont, d'une part, les 174 communes de la région adhérentes de l'Association des communes minières de France et, d'autre part, les 115 municipalités membres de la Sacomi (signataires de la convention de partenariat et d'objectifs Ville/Sacomi/Soginorpa), s'il ne s'était pas trouvé des communes non adhérentes enclavées au sein de leurs homologues membres d'Acom-France et/ou de la Sacomi.

¹¹ Insee Nord - Pas-de-Calais, Le bassin minier : Insee, 1994 - 40p. couv. ill. en coul., tabl. (les dossiers de Profil n°33, septembre 94).

¹² Les zones d'étude ou d'emploi utilisées par l'Insee correspondent plus ou moins aux agglomérations urbaines importantes dont les contours s'efforcent de tenir compte des aires d'attraction urbaines (établies sur la base des relations domicile/travail, de l'accès aux grands équipements et de la nature de l'activité économique dominante) et de respecter les autres zonages administratifs existants. Ces zones doivent, selon les termes de l'Insee, « avoir une dimension suffisante » et « permettre la continuité statistique », c'est-à-dire « avoir une durée de vie relativement longue ».

LA RECHERCHE D'UN DÉNOMINATEUR SPATIAL COMMUN POUR L'ÉTUDE

A cette difficulté s'est ajoutée, pour nous, la nécessité de recourir à nouveau au découpage « cantons et grandes communes¹³ » puisque celui-ci reste le plus adapté à une étude sanitaire infrarégionale¹⁴. C'est pourquoi nous avons défini notre cadre de référence comme étant l'ensemble de cantons se trouvant dans les arrondissements de Béthune, Lens, Douai et Valenciennes, c'est-à-dire les cantons ou les communes (en majuscules) de :

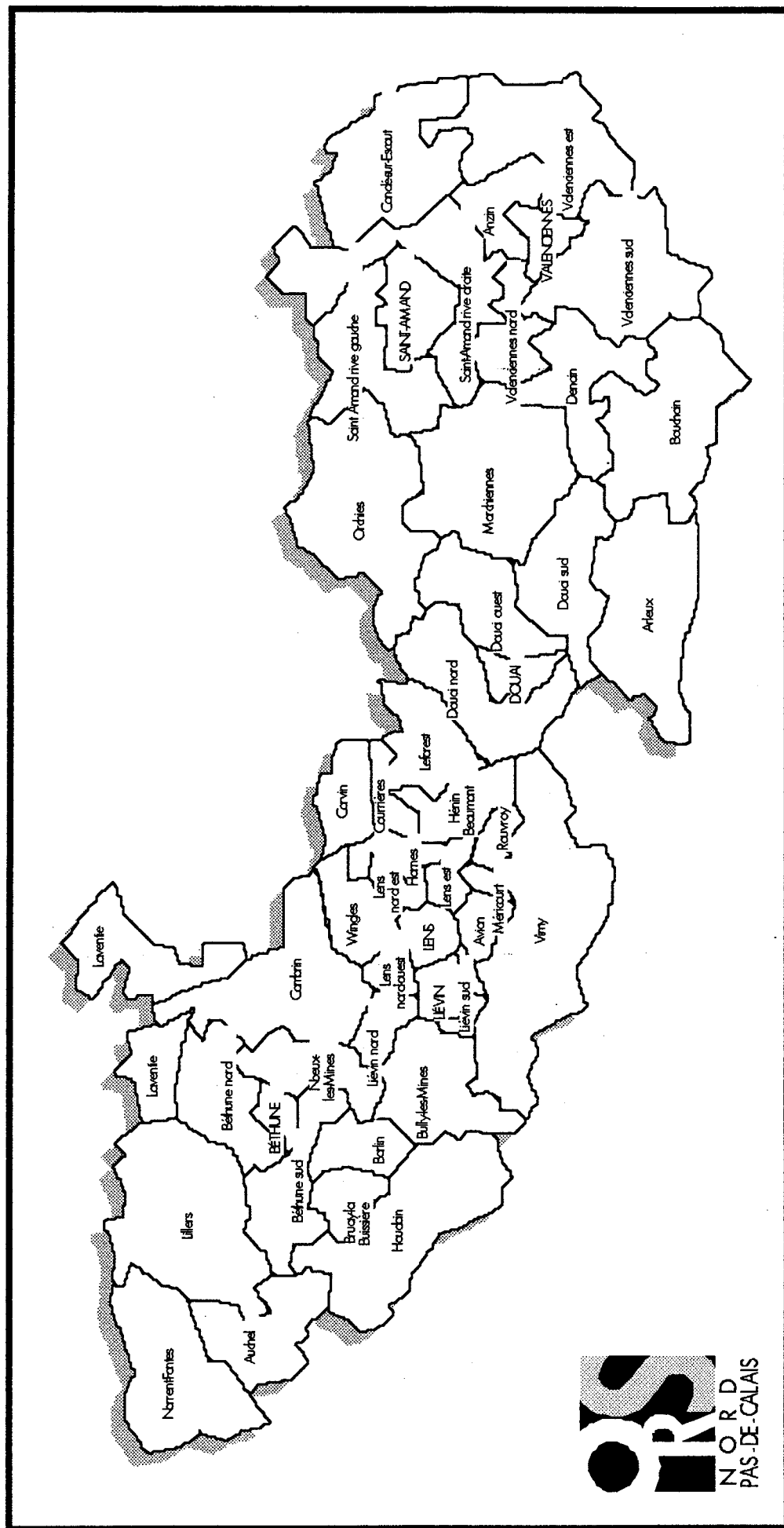
Anzin	Carvin	Leforest	Norrent-Fontes
Arleux	Condé/Escaut	LENS	Orchies
Auchel	Courrières	Lens est	Rouvroy
AVION	Denain	Lens nord-est	Saint-Amand-R.-d.
Barlin	DOUAI	Lens nord-ouest	Saint-Amand
BETHUNE	Douai nord	LIEVIN	Saint-Amand-R.-g.
Béthune nord	Douai ouest	Liévin nord	VALENCIENNES
Béthune sud	Douai sud	Liévin sud	Valenciennes est
Bouchain	Harnes	Lillers	Valenciennes nord
Bruay-la-B.	Hénin-B.	Marchiennes	Valenciennes sud
Bully-les-M.	Houdain	MERICOURT	Vimy
Cambrin	Laventie	Noeux-les-Mines	Wingles

En quelques occasions, il ne nous a pas été possible de ne recourir qu'au découpage « cantons et grandes communes ». Pour quelques rares cartes, ne devant pas être comparées à d'autres, l'unité élémentaire qui a été utilisée est la commune.

¹³ Il s'agit du découpage cantonal qui fonctionnait lors du dernier recensement de la population en 1990.

¹⁴ Voir les précédents travaux de l'ORS dont : Géographie de la santé des populations du département du Pas-de-calais (1990), géographie de la santé des populations du département du Nord (1991), approche géographique de la drogue dans le Nord - Pas-de-Calais (1993), l'Alcool dans le Nord - Pas-de-Calais (1994), les cancers dans le Nord - Pas-de-Calais (1995) et la santé d'une région ; état et tendances dans le Nord - Pas-de-Calais (1995).

Les cantons et les grandes communes du Bassin houiller



Une « anomalie » géographique, urbaine et humaine patente

Personne, nul voyageur étranger à la région ne peut ignorer qu'il traverse un espace singulier dès qu'il pénètre de quelques kilomètres le Bassin houiller.

LES PAYSAGES DE LA MINE

La mine est sans conteste l'activité industrielle qui marque le plus le paysage en posant sur le sol, en surface du gisement charbonnier, ses chevalements, ses terrils, ses maisons ouvrières [...]

L'impression de clausturation de la communauté minière résulte tout d'abord de la formation d'un paysage particulier, ni rural, ni urbain, fondé sur l'association de deux fonctions élémentaires : la production (le chevalement, le terril) et le logement [...]

C'est par cette imbrication du rural et de l'urbain que le paysage minier échappe aux critères classiques : il n'est ni ville, ni campagne. L'expression « magma urbain » a été fréquemment employée. La métaphore est séduisante : des noyaux fonctionnels (fosses, carreaux, terrils, cités) se collent les uns aux autres et finissent par englober les villages pré-industriels. Ce magma en expansion est veiné par les voies de communication qui cloisonnent le paysage plus qu'elles ne l'unifient.

Yves Le Maner

*Du coron à la cité, un siècle d'habitat minier dans le Nord -
Pas-de-Calais 1850-1950, 1995.*

Le marquage paysager est tout aussi visible lorsque le regard embrasse un vaste panorama -terrils, chevalements, quartiers d'urbanisme minier (corons, cités, cités-jardins), grandes infrastructures routières, navigables et ferrées- que lorsque l'œil

se pose sur les façades des 75 000 maisons individuelles¹⁵. Même lorsque les travaux de rénovation et de réhabilitation urbaines ont eu lieu, l'héritage minier se lit partout -ou presque- dans l'organisation du territoire.

UN ENSEMBLE URBAIN SANS EQUIVALENT EN FRANCE

L'urbanisme minier pourrait paraître « absurde » tant il semble anarchique. Cette « anarchie » relève en fait d'un projet d'ensemble, pensé par des ingénieurs recherchant, non seulement l'optimisation du temps de travail et de repos des ouvriers, mais aussi et surtout, la fixation d'une main-d'œuvre obligatoirement nombreuse et peu qualifiée pour qui la mine resta, quoi qu'on en dise plus proche d'un monde dangereux, hostile, « chtonien » que du « pays du bonheur ». La mine était bien « une dévoreuse d'hommes »¹⁶.

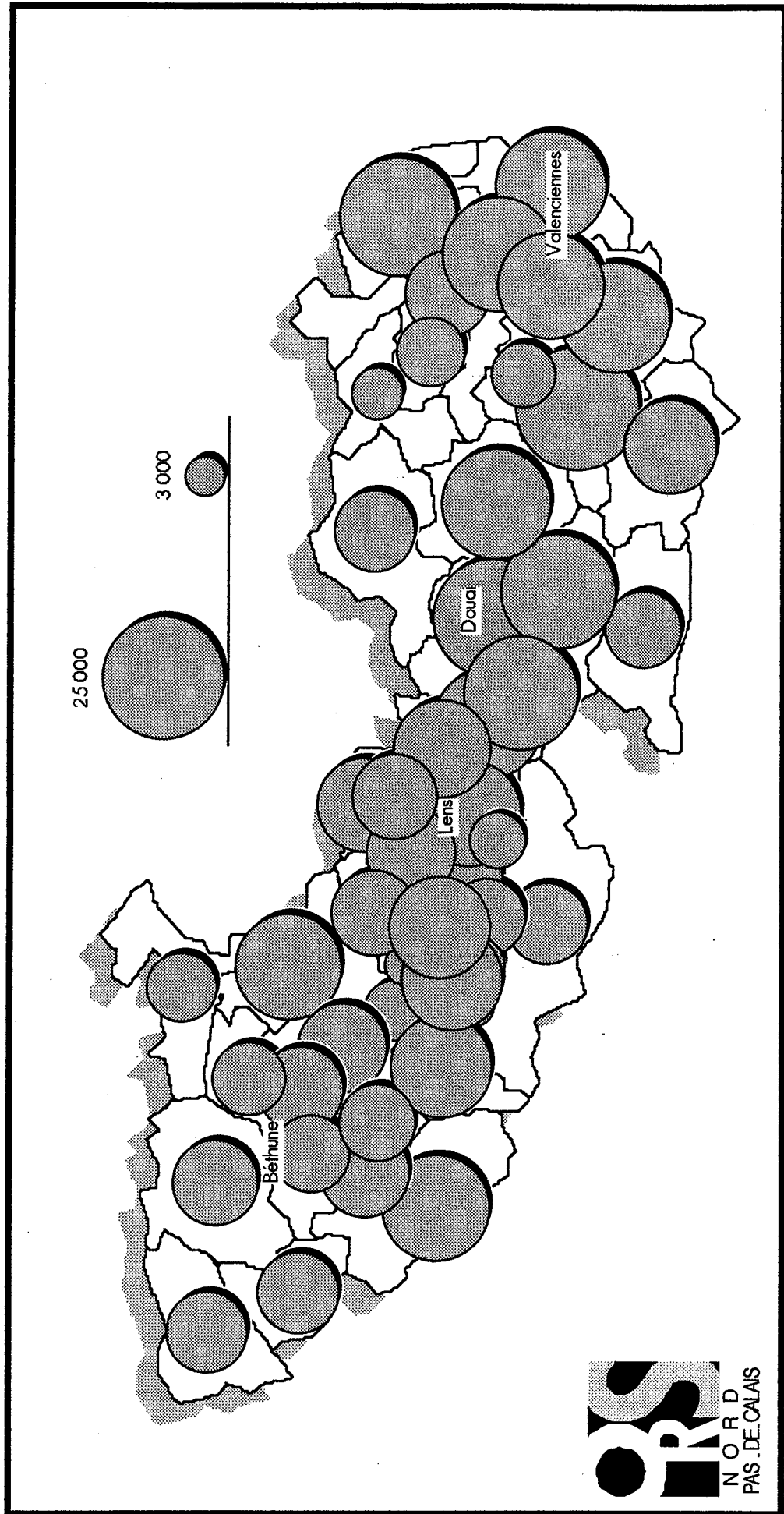
C'est ainsi qu'ont été mis en place, par chacune des 19 compagnies¹⁷ et à proximité de chacun de ses puits, des ensembles standardisés et modulaires de logements, des cellules sociales de vie collective, dont la seule optique était de servir, au mieux, l'exploitation du charbon, de permettre de capter les bras nécessaires, puis d'optimiser les rapports population/activité.

¹⁵ Les compagnies du Nord et du Pas-de-Calais ont préféré construire des maisons individuelles parce que les délais de construction étaient plus rapides que ceux nécessaires à l'édification d'immeubles. Le coût réduit et la possibilité d'ajouter, presque à l'infini, les maisons aux autres expliquent aussi, pour leurs parts, les raisons de ce choix. De plus, il ne faut pas oublier que les premiers ouvriers des mines étaient des paysans qui étaient peu enclins à habiter dans des logements collectifs. Enfin, la construction extensive ne présentait que peu d'inconvénients sur des terrains agricoles dont les prix étaient peu élevés.

¹⁶ Michel J. La Mine dévoreuse d'hommes. Paris, Gallimard, 1993, 144 p.

¹⁷ Du fait de ce morcellement entre compagnies, l'exploitation minière n'a pas engendré de grandes villes, contrairement à la Ruhr.

La population des cantons en 1990



CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DE L'ORGANISATION URBAINE DU BASSIN HOULLIER

La répétition à des centaines d'exemplaires du couple puits-cité a élaboré un tissu peu dense, anarchique, tandis que le fait que chaque couple constituait une unité de production et de résidence subautonome, dotée des équipements collectifs et des services indispensables (commerces, services, hôpitaux, etc.) a inhibé la cristallisation de centres pourvus de fonctions tertiaires. La spécialisation fonctionnelle confinant souvent à la monoactivité, des structures socio-professionnelles monolithiques, les comportements et habitudes de consommation très particulières, peu diversifiées, du mineur, le caractère étriqué de la classe moyenne, expliquent que la différenciation économique et le développement du tertiaire soient souvent restés incomplets.

*Pierre Bruyelle, Les grands centres et l'organisation urbaine du Bassin houiller,
in Beaujeu-Garnier J. La France des Villes, Nord et nord-est. Paris :
la Documentation française, 1972, p. 35-43.*

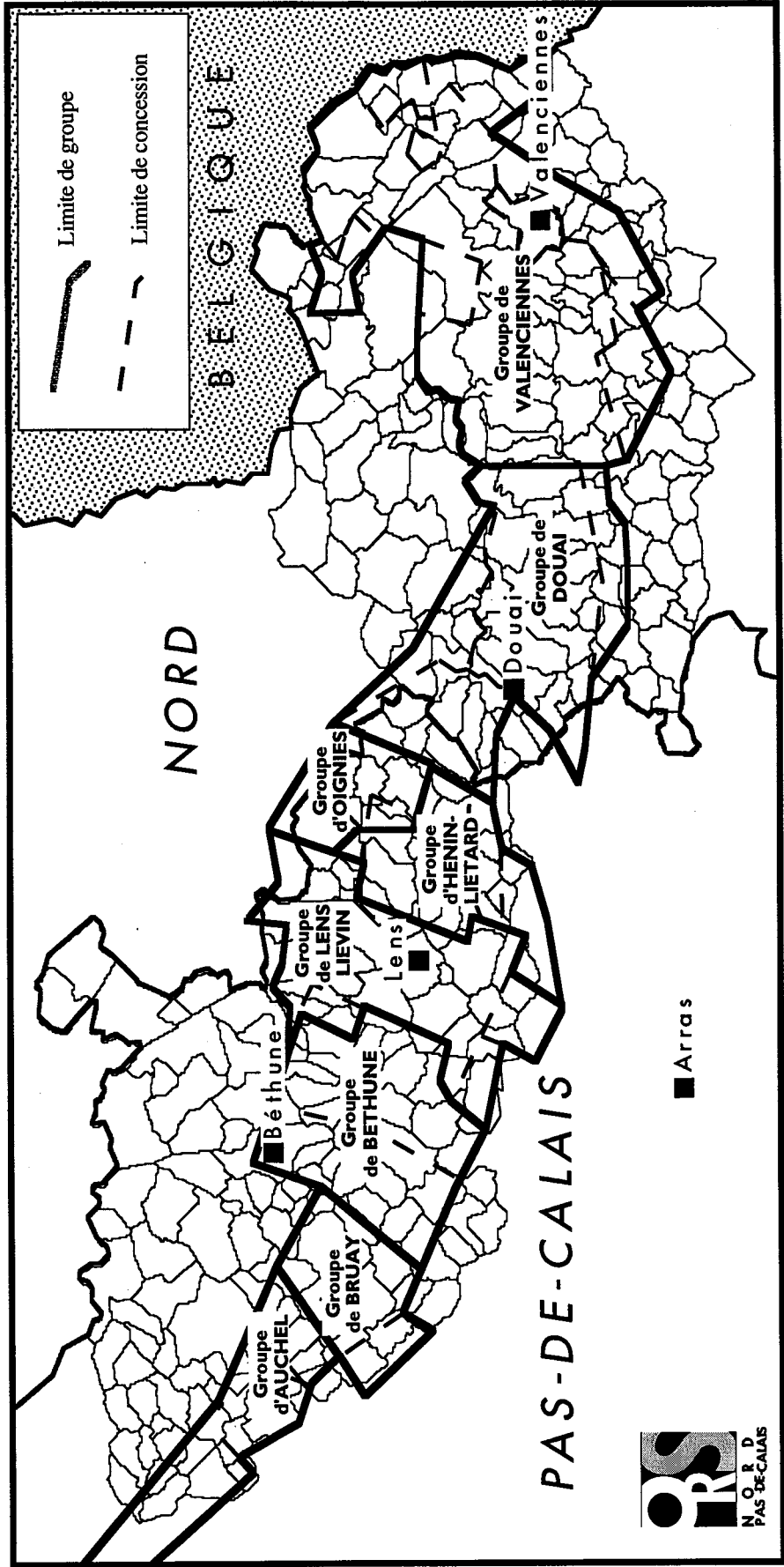
Un réel mode de vie¹⁸ s'est constitué, lié à la mine par la mise en place d'unités urbaines disjointes les unes des autres et étrangères aux villages, bourgs et villes préexistants. Cet ensemble type d'urbanisation a pu être qualifié « d'antiville »¹⁹.

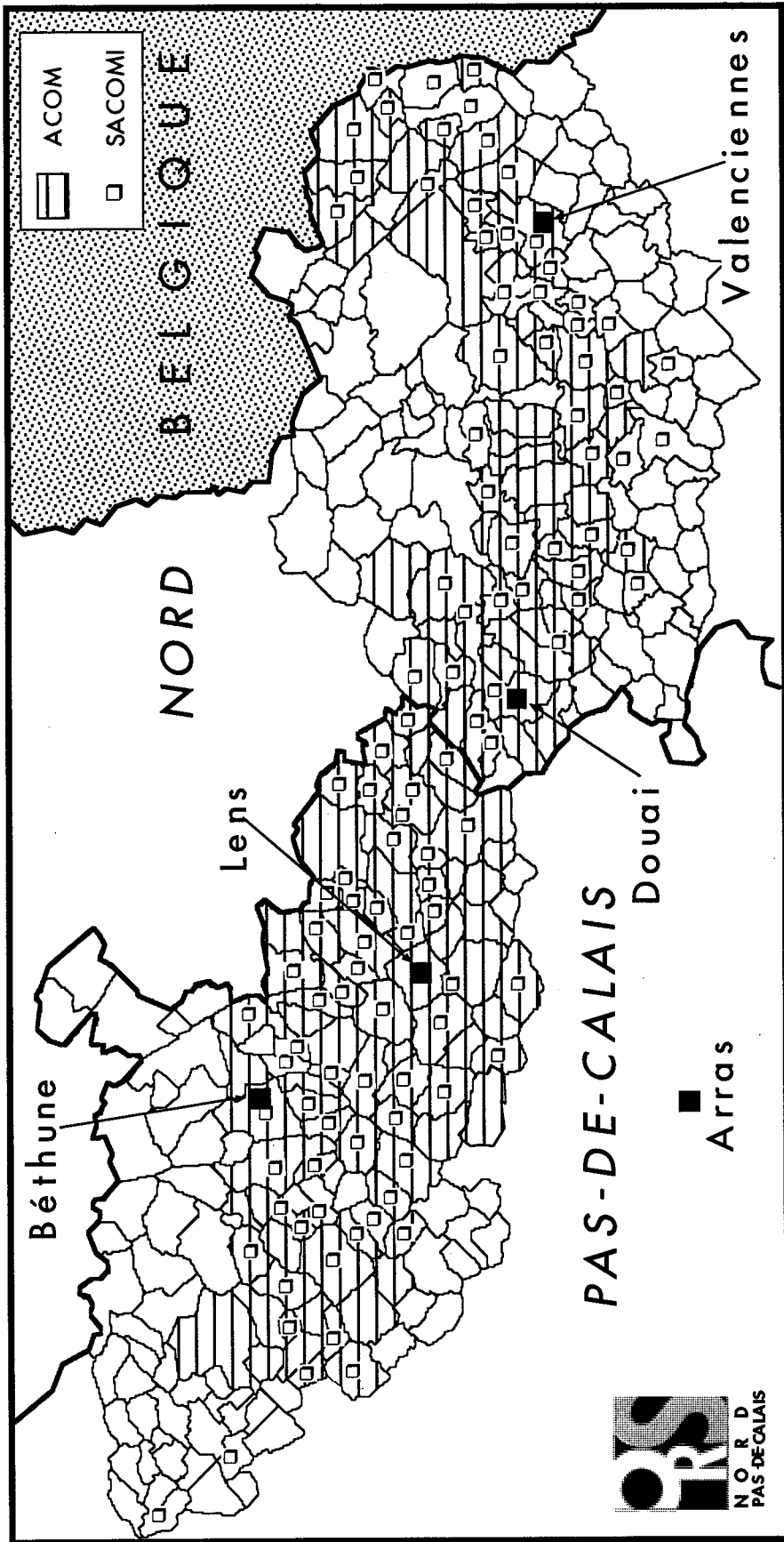
L'inadaptation du modèle « banlieue »

En cela l'organisation et les réalités urbaines dans le Bassin houiller diffèrent de ce que l'on connaît dans les banlieues. Là, il ne peut être question d'exutoire pour le trop-plein de population, mais de cellules juxtaposées aux centres-villes qui perdent

¹⁸ C'est-à-dire un complexe organisé de pratiques collectives et de techniques de productions, consolidé par la tradition, et adapté au milieu géographique.

¹⁹ Michel J., 1993, Op. cit.





de leur substance. En cela, le terme « d'antiville », d'antithèse à un système organisé alliant « centre » et « périphérie » a sa fonction.

Ici, il n'est pas question de « confusion » ou « d'improvisation », mais bien d'absence de coordination entre des ensembles « sagement pensés » et « planifiés », mais mis en place par des acteurs privés. De ceci naquit une très forte cohérence locale et une fonctionnalité globale kafkaïenne. Ici, la pensée ordonnatrice est évidente, mais elle n'a porté que sur des unités ponctuelles. La ville n'est pas une simple accumulation d'éléments indépendants.

En revanche le plus faible pourcentage d'espace bâti et la grande place de l'habitat individuel, ainsi que le morcellement administratif, sont des constantes communes à l'urbanisme minier et aux banlieues.

LA BANLIEUE

La banlieue constitue, pour la ville, un exutoire pour le trop-plein de sa population (surtout si celle-ci préfère l'habitat individuel), un espace pour ses plus encombrantes fonctions (aéroports, gares de triage, réservoirs d'eau, centrales électriques, etc.) ... Mais aujourd'hui la banlieue se structure avec des centres secondaires spontanés ou volontaires, en même temps qu'elle se dilue...

Si l'ordonnance du centre urbain porte, le plus souvent, la marque d'une volonté organisatrice et d'une recherche esthétique, de la banlieue se dégage souvent une impression de confusion et d'improvisation. Les règlements d'urbanisme ont été moins stricts que dans la ville. On y cherche en vain une pensée ordonnatrice. La banlieue constitue un espace et un cadre de vie inorganisé et incomplet...

Ces caractéristiques de la banlieue moderne sont les suivantes :

- * un plus faible pourcentage d'espace bâti, une plus grande place de l'habitat individuel, une plus faible densité d'occupation du sol ;
- * une urbanisation souvent spontanée, sans aucune idée directrice, et l'insuffisance des équipements collectifs ;

- l'absence de pôles assez importants pour contrebalancer l'attraction exercée par le centre de la ville ;
- un déficit d'emplois par rapport à la population active résidente ;
- le morcellement administratif...

En général, le morcellement administratif rend beaucoup plus difficile qu'en ville la coordination nécessaire pour effectuer l'aménagement, l'équipement ou la restructuration. La nécessité d'un organisme coordinateur à l'échelle de toute agglomération s'impose de plus en plus.

Gabriel Wackermann

Encyclopædia universalis, édition 1990, p. 805-807

DES AIRES URBAINES DISSEMBLABLES

Le Bassin houiller est, dans ses fondements, un espace morcelé d'une grande diversité qui est évidente, si l'on prend en compte la diversité des secteurs. En la matière, l'approche la plus adéquate se doit de prendre en compte les unités urbaines²⁰ définies par l'Insee.

L'absence d'unité des unités urbaines

L'Insee considère que les unités urbaines se composent, certes, d'un centre, mais aussi d'autres communes qui constituent la banlieue. Cette appellation recouvre, dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais, des réalités qui ne correspondent qu'imparfaitement à une définition tout à fait efficiente à l'échelon national. En cela, l'anomalie « Bassin houiller » se manifeste avec force.

²⁰ On entend par unité urbaine une ou plusieurs communes sur le territoire desquelles se trouve un ensemble d'habitations qui présentent entre elles une continuité (dans le sens où aucune habitation n'est séparée de la plus proche de plus de 200 m) et comporte au moins 2 000 habitants.

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Un milieu et des habitants aujourd'hui

Les unités urbaines du Bassin houiller

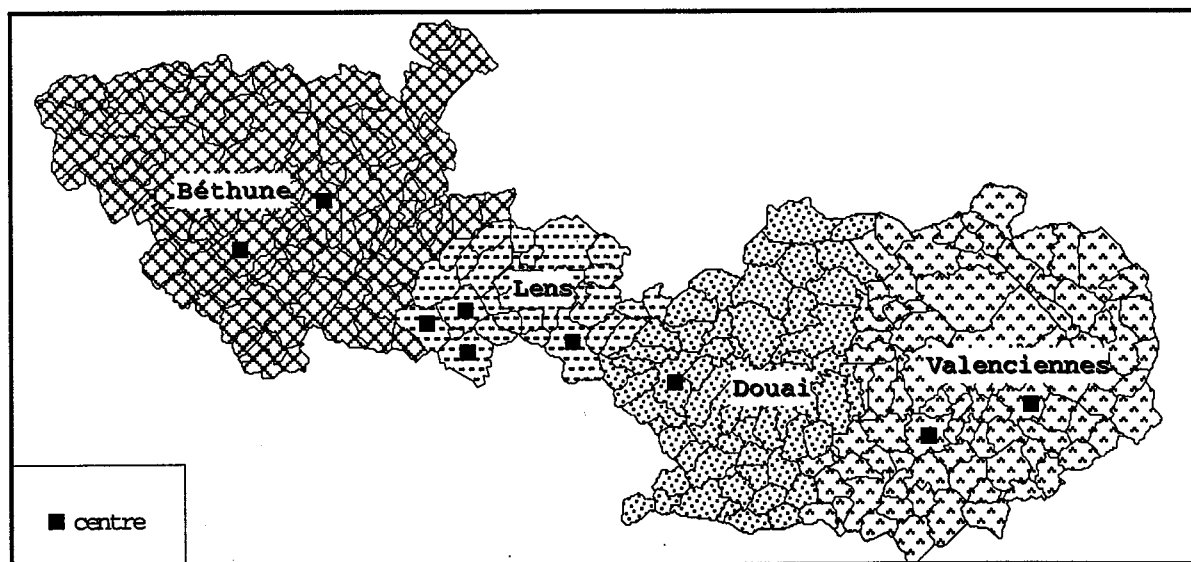


Tableau 1

Éléments synthétiques sur les unités urbaines du Bassin houiller

Unités urbaines	Nombre de communes	Rang parmi les U.U. françaises	Densité (hab./km ²)	POPULATION			
				totale	des centres	moins de 19 ans	évolution 75-90
Béthune	61	19°	681	261 522	19%	29,7%	-1,3%
Douai	31	30°	988	199 611	21%	30,5%	-5,5%
Lens	36	16°	1 205	323 208	35%	31,0%	-2,8%
Valenciennes	58	13°	755	338 528	17%	30,4%	-8,0%

Source : Insee, RGP 1990

Les unités urbaines de Valenciennes et Lens se situent toutes les deux, par rapport à l'ensemble des unités urbaines françaises, dans des rangs sensiblement comparables. Les effectifs de population réunis lors du regroupement opéré par l'Insee, sont de 338 000 et 323 000. Béthune, pour sa part, compte 60 000 habitants de moins que Lens, et Douai 60 000 habitants de moins que Béthune.

Au regard des densités, les secteurs situés au centre du Bassin houiller (Lens 1 200 hab./km² et Douai 990 hab./km²) portent les plus

importantes concentrations humaines. Toutefois, il est patent que les phénomènes de concentration urbaine sont peu marqués²¹, et principalement à l'ouest et à l'est. En effet, on n'observe pas de seuil de concentration de population entre la densité moyenne du Bassin houiller -600 hab./km²- les densités des U.U. périphériques de Valenciennes et Béthune.

Fait caractéristique et anormal pour des entités urbaines françaises, les centres (les centres-villes) ne représentent au plus que 35 % de la population de l'unité urbaine. Cette proportion descend à 17 % pour Valenciennes. Ceci illustre la modeste polarisation de l'urbanisation locale. A titre de comparaison, Paris abrite 23 % de la population de l'U.U., Lyon 33 %. Des villes plus secondaires dans la hiérarchie urbaine nationale, telles que Strasbourg et Saint-Etienne emportent 65 % de la population de l'U.U. et Le Havre 75 %.

Béthune

L'aire urbaine de Béthune et ses soixante-et-une communes ne forme pas une réelle agglomération. Certes, Béthune est bien le pôle urbain central de cet ensemble auquel vient s'adjoindre Bruay-la-Buissière. Comme souvent dans le Bassin houiller les fonctions tertiaires de « commandement » (sous-préfecture, commerces, banques, services dont l'hôpital) s'accompagnent d'un passé qui ne fut quasiment pas marqué par la mine. Béthune est, dans une certaine mesure, le noyau non-minier d'une nébuleuse de petites et moyennes communes²² ayant eu, quant à elles, une histoire fortement liée à la mine.

L'extraction charbonnière y a duré en moyenne 75 ans. Les premières fermetures de puits ont été précoces puisqu'elles

²¹ Les densités d'U.U. comme Lyon, Strasbourg ou Saint-Etienne sont de 1 544 hab./km², 2 272 hab./km² et 1 479 hab./km².

²² Seules, des villes comme Bruay-la-Buissière, Nœux-les-Mines et Auchel, dépassaient 10 000 habitants en 1990.

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Un milieu et des habitants aujourd'hui

débutèrent surtout en 1950²³ et s'achevèrent vers 1975²⁴. En raison de la brièveté de l'histoire minière locale, peu d'activités industrielles connexes s'y sont implantées. Les infrastructures structurantes des houillères y ont pris la forme d'un réseau relativement diffus. De ce fait, l'organisation spatiale des cités sur le territoire a été moins structurée et peut sembler plus anarchique²⁵. La fermeture précoce des puits se déroulant dans un contexte économique et historique relativement serein, il a été possible pour la main-d'œuvre et les pouvoirs publics de trouver relativement rapidement des emplois de substitution sur place ou à proximité.

Les relations rapides avec Lille (35 minutes pour s'y rendre par la route) expliquent, d'une part, l'importance des migrations pendulaires (10 000 personnes vont travailler dans la métropole soit 11 % des actifs locaux) et d'autre part, la modestie du solde migratoire local (-0,10 % entre 1982 et 1990 contre -0,58 % dans l'ensemble du Bassin houiller) car cet ensemble se trouve de plus en plus intégré par ses secteurs situés au nord-est aux espaces périurbains de l'agglomération lilloise.

Tableau 2

Les friches industrielles dans le Bassin houiller

	Superficie totale (ha)	Superficie des friches (ha)	% de friches dans la zone	% de friches Bassin houiller	% de friches régionales	% de la superficie traitée	Coût en KF/ha	Coût total (KF)
Béthune	67 394	1 416	2,1%	19,7%	15,0%	27,3%	137	193 992
Douai	47 659	897	1,9%	12,5%	9,5%	14,5%	182	163 254
Lens	27 839	1 970	7,1%	27,4%	20,9%	28,2%	130	256 100
Valenciennes	63 480	2 914	4,6%	40,5%	30,9%	14,7%	104	303 056
Bassin houiller	206 372	7 197	3,5%	100,0%	76,2%	6,0%	104	748 488

Source : Etablissement Public Foncier

²³ Fosse 1 de la Clarence fermée en 1955, fosse 4 d'Auchel fermée en 1952, fosse 7 de Marles fermée en 1952, fosse 3 d'Auchel fermée en 1951, fosse 2 de la Tirmande d'Auchel fermée en 1951, fosse 3 de Béthune fermée en 1961, fosse 2 de la Tirmande d'Auchel fermée en 1951.

²⁴ Fosse 6 d'Auchel fermée en 1975, fosse 7 de Béthune fermée en 1979.

²⁵ Breitman N, Breitman M. 1996. op. cit.

Lens

L'agglomération lensoise se prête mal à la définition de l'unité urbaine. A-t-on, effectivement, un seul ensemble urbain ou quatre centres-villes constitués par Lens, Liévin, Hénin-Beaumont et Carvin ? Les environs de Lens-Liévin sont un bel exemple de ce que peut être une *nébuleuse urbaine*. Ici, on cherche avec difficulté l'unité urbaine, la matérialisation du système urbain qui confère au centre, à la périphérie et aux quartiers des fonctions bien définies.

La mine a été ici, plus qu'ailleurs le premier moteur de structuration de l'espace car l'exploitation y a duré 130 ans. Le développement des cités s'est produit autour des puits et fort peu à partir des centres urbains anciens²⁶. Le nombre de logements miniers réhabilités ou en voie de réhabilitation atteignait 26 % des logements du bassin d'habitat.

L'exploitation charbonnière a débuté vers 1860 et a atteint son plein développement en moins de cinquante ans²⁷. L'ensemble, ou presque, du tissu économique s'est constitué en complémentarité à l'extraction houillère (carbochimie, chaudronnerie, métallurgie...). L'arrêt de l'extraction s'amorça en 1950 mais devint patent dans les années 1965²⁸. Il se prolongea jusqu'à l'arrêt définitif en 1990.

Cet ensemble urbain est en voie de restructuration rapide, car la désagrégation urbaine y est intense et perdure depuis plusieurs dizaines d'années. Les friches industrielles y sont vastes. Elles couvrent plus de 7 % de l'arrondissement et représentent 21 % des friches régionales. Leur réhabilitation est fort complexe.

²⁶ En 1850, Lens ne comptait que 2 800 habitants, Liévin 1 500 et Sallaumines 200.

²⁷ En 1911 la population de Lens est de 30 000 habitants, celle de Liévin 26 000 habitants, celle de Sallaumines 8 000 habitants.

²⁸ Fosse 4 d'Hénin-Liétard fermée en 1962, fosse 11 d'Hénin-Liétard fermée en 1955, fosse 13 d'Hénin-Liétard fermée en 1951, fosse 18 d'Hénin-Liétard fermée en 1961, fosse 8 de Lens fermée en 1965, fosse 2 de Lens fermée en 1971, fosse 4 de Lens fermée en 1961, fosse 11bis de Lens fermée en 1972, fosse 12 de Lens fermée en 1967, fosse 15 de Lens fermée en 1965, fosse 3 de Liévin fermée en 1961, fosse 4 de Liévin fermée en 1955, fosse 5 de Liévin fermée en 1956...

**L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Un milieu et des habitants aujourd'hui**

Une certaine complémentarité semble se tisser entre ces communes et la métropole ; 14 500 personnes (soit 13,5 % des actifs) prennent le chemin de Lille, Roubaix, Villeneuve d'Ascq ou tout autre lieu de l'agglomération, tous les matins, et peuvent s'y rendre, *aux heures creuses*, en moins de 30 minutes. Toutefois, les pertes de population ont été particulièrement sensibles entre 1982 et 1990 (le solde migratoire est élevé, -0,79 % entre contre -0,58 % dans l'ensemble du Bassin houiller).

Tableau 3

Éléments sur l'emploi et le chômage dans le Bassin houiller

Zones d'emploi	Taux d'activité masculin		Taux d'activité féminin		Chômage mars 1994		
	% en 1990	évol. 75/90	% en 1990	évol. 75/90	% jeunes*	% femmes	% DELD**
Béthune	58,0%	1,0%	34,9%	10,4%	27,8%	47,3%	37,6%
Douai	58,7%	-5,5%	36,7%	9,4%	27,3%	43,6%	35,9%
Lens	57,8%	-3,6%	33,7%	8,3%	27,8%	42,8%	37,3%
Valenciennes	57,2%	-9,7%	34,4%	8,4%	24,6%	40,5%	39,2%
					25,3%	45,0%	36,2%

* moins de 25 ans

** demandeurs d'emplois de longue durée

Sources : Insee/Anpe/Drte/Ard/Orfqa

Tableau 4

Indicateurs relatifs au logement dans le Bassin houiller

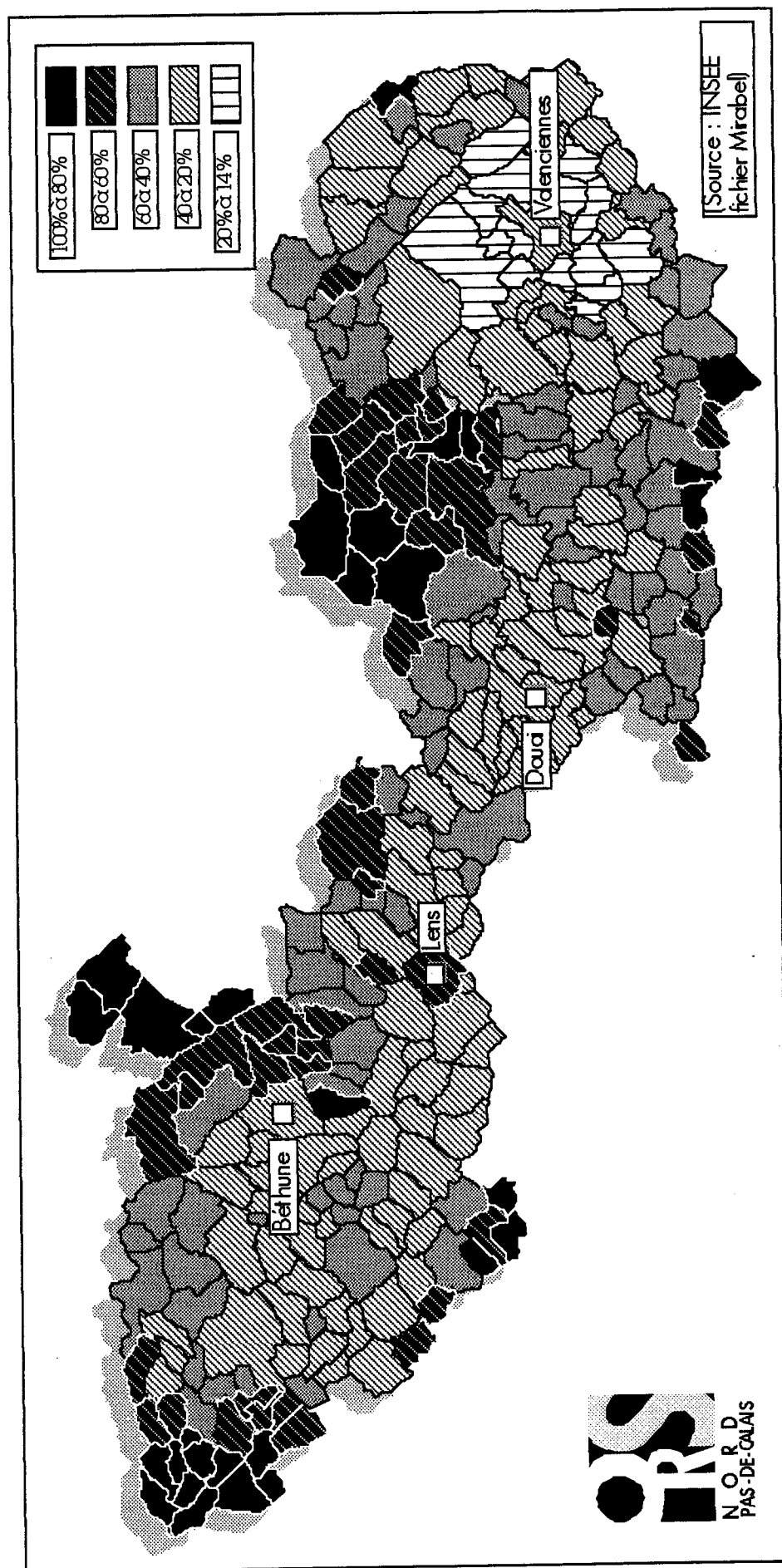
Bassins d'habitat	% de propriétaires occupants	% de locataires		% de résidences gratuites	Logements inconfortables 82/90		Parc Soginorpa	% du parc Soginorpa
		ensemble	HLM		désaffectés /total des logements	améliorés/ total des logements		
Douai	53,7%	33,1%	14,5%	14,0%	6,0%	8,4%	13 811	14,6%
Lens	43,3%	37,1%	18,8%	20,0%	6,8%	7,5%	39 268	26,1%
Valenciennes	55,2%	36,8%	19,8%	8,9%	6,0%	8,7%	8 060	5,9%
Bassin houiller	50,5%	35,3%	17,2%	14,9%	6,4%	7,9%	77 456	16,5%
Région	55,3%	38,5%	19,5%	7,3%	5,3%	8,4%	77 937	5,4%

Sources : Direction régionale de l'équipement/Insee

LES LOGEMENTS DES HOUILLÈRES

Les Houillères du Bassin du Nord et du Pas-de-Calais (HBNPC) ont reçu lors de leur création l'ensemble du patrimoine immobilier des anciennes compagnies. Elles en ont encore accru l'importance pour satisfaire à leurs obligations inscrites dans le Statut du mineur de 1946 et pour les besoins de la production

Les attractions périphériques exercées sur la main d'œuvre résidant dans le Bassin houiller
% d'actifs travaillant hors du Bassin houiller



L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Un milieu et des habitants aujourd'hui

elle-même, de sorte qu'elles se sont retrouvées à la tête d'un ensemble d'une importance numérique tout à fait exceptionnelle, surtout pour un propriétaire privé : en 1965, en dépit de la suppression de cantonnement de prisonniers de guerre ou de main d'œuvre étrangère, les Houillères disposaient de 116 000 logements dont 108 000 en dur répartis en 900 cités ou coronas et 8 000 baraquements, représentant près de 1 100 km de voiries privées, sans oublier les logements de la Société Immobilière de l'Artois (SIA), société HLM filiale à 99,99% des HBNPC, soit un total de 120 000 unités. Ce parc originel s'est aujourd'hui abaissé, du fait des sorties par démolition ou vente, à un peu moins de 80 000 logements au 31 décembre 1991, ce qui correspond au patrimoine actuel de la SOGINORPA (Société de Gestion Immobilière du Nord - Pas-de-Calais, société civile immobilière filiale à 99,99% des HBNPC) qui gère depuis 1986 l'ancien parc des HBNPC et de leur filiale HLM née en 1974, la SOGIMO.

Guy Baudelle,

*L'offre de logements et les enjeux du parc hérité des
Houillères du Nord - Pas-de-Calais,*

Acte du séminaire du Conseil national de l'habitat du 14/12/93

Douai

L'agglomération se place en plein dans l'aire de très forte attraction de la métropole. Douai et ses environs se trouvent dans une situation carrefour (ferroviaire, fluvial et autoroutier) Lille n'est qu'à trente minutes par l'autoroute.

La ville elle-même n'est pas une citée minière ; elle s'était développée très rapidement lors de la révolution industrielle. Douai a été, par exemple, dès le Moyen-Age, une grande cité drapière. Plus fortement encore qu'à Béthune, Douai fut le noyau non minier (on ne trouve guère de quartier marqué par une urbanisation ouvrière liée à la mine, pourtant c'est à Douai que se trouvaient les services supérieurs associés à l'extraction qui employèrent jusqu'à 20 % des actifs de la ville - siège des HBNPC, Ecole nationale supérieure

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Un milieu et des habitants aujourd'hui

des techniques industrielles et des mines, etc.) d'une nébuleuse de petites et moyennes communes.

Certes, l'exploitation du charbon structura un peu la physionomie de la ville et beaucoup l'urbanisme des communes environnantes. Les réductions d'emplois y furent amorties par l'implantation des usines Renault et de l'Imprimerie nationale.

Les puits de mine ont tous été fermés entre 1960²⁹ et 1983³⁰ au terme d'une histoire minière engagée vers 1860.

Le solde migratoire moyen -0,41 % entre 1982 et 1990 (0,58 % dans l'ensemble du Bassin houiller) et le taux de migrations journalières, 13% des actifs soit 9 500 personnes allant travailler dans la métropole rendent plus difficile encore l'arrivée des services de hauts niveaux relevant du domaine de la santé comme de ceux de la recherche.

Tableau 5

**Le revenu fiscal et les foyers non imposés dans
le Bassin houiller**

Bassin d'habitat	Revenus déclarés		% de foyers non imposables
	en francs courants 1990	Indice France = 100	
Béthune	66 438	83	32,4%
Douai	66 879	83	33,1%
Lens	60 155	75	37,1%
Valenciennes	64 527	80	36,8%
Bassin houiller	64 182	80	35,3%
Région	70 394	88	38,5%
FRANCE	80 303	100	38,5%

Source : Direction régionale des impôts/ Direction régionale de l'équipement

Valenciennes

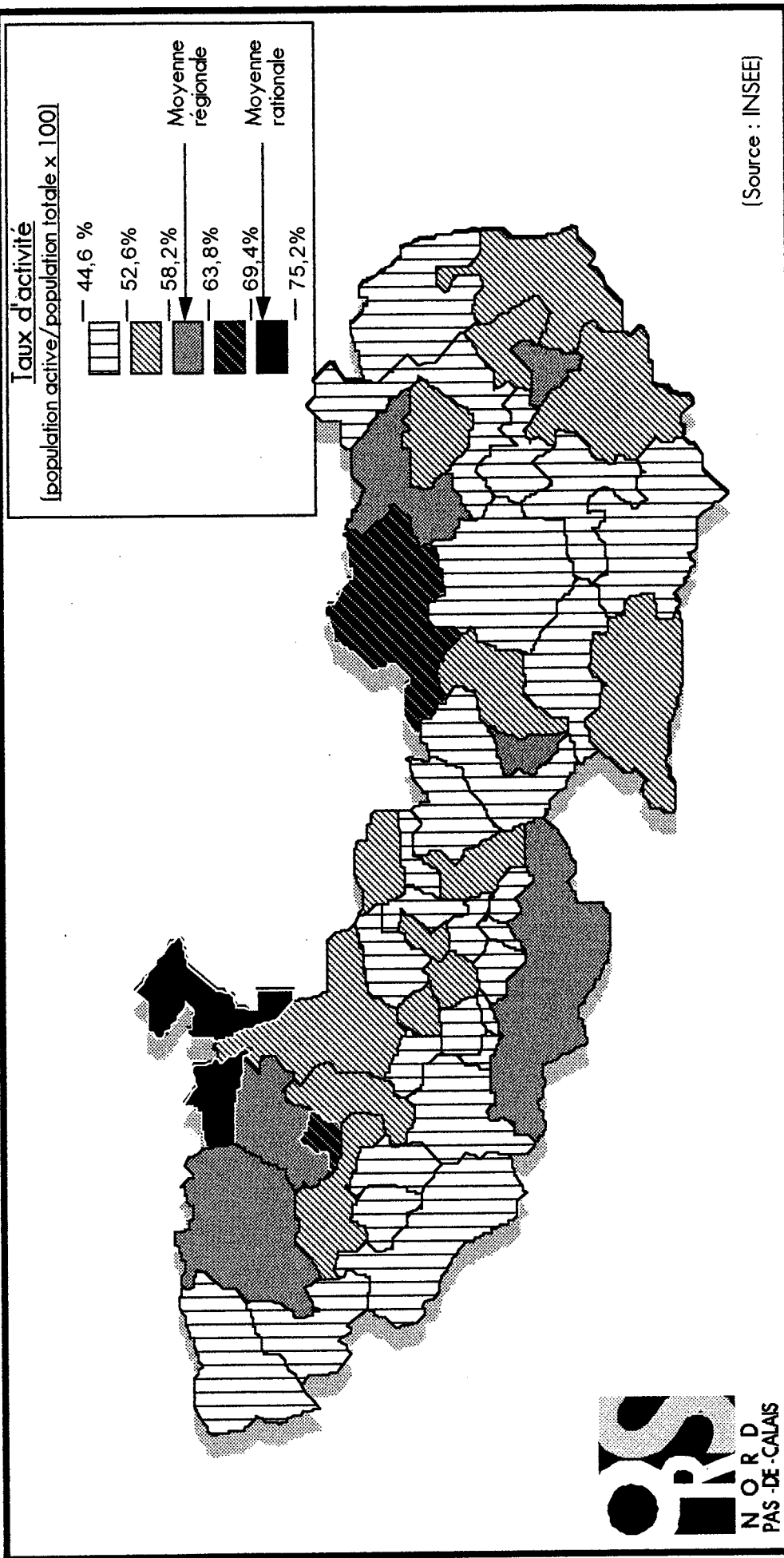
L'agglomération de Valenciennes est la plus peuplée des quatre unités urbaines constituant le Bassin houiller.

Le solde migratoire qui la caractérise est très fort : -0,86 % entre 1982 et 1990 (- 0,58 % dans l'ensemble du Bassin houiller). En revanche, seulement 4,7 % des actifs ayant un emploi (soit 4 700 personnes)

²⁹ Fosse Saint-René fermée en 1953

³⁰ Fosse Dechy fermée en 1978, fosse Notre-Dame fermée en 1978, fosse Déjardin fermée en 1983.

Taux d'activité des femmes âgées de 20 ans à 59 ans en 1990



L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Un milieu et des habitants aujourd'hui

se rendent quotidiennement à Lille ou dans les communes entourant la capitale régionale.

C'est là, à Fresnes-sur-Escaut, que l'épopée minière a débuté un jour de 1720, lorsqu'un gisement de charbon y fut découvert. Près de 40 ans plus tard, en 1746, se créa la première compagnie minière -la Compagnie d'Anzin- qui put très tôt exploiter les veines peu profondes. La Compagnie d'Anzin opta pour sa main-d'œuvre dès 1820, pour un type d'habitat qui laissa des traces : *les corons en barres*.

L'extraction charbonnière s'est interrompue progressivement depuis les années 1950³¹, puis 1970³², jusqu'aux années 1990³³. Mais, à la différence des trois autres secteurs, l'industrie lourde compléta plus précocement et plus massivement le tissu industriel local. La sidérurgie s'installa sur le bassin dès 1850. Les liens tissés avec la Lorraine industrielle permirent au Valenciennois d'atteindre son apogée dans les années 1950. Denain était alors le premier pôle sidérurgique français. Ainsi l'arrêt de l'extraction charbonnière ne se marqua-t-il pas immédiatement dans l'économie locale, puisque les hauts-fourneaux continuèrent de produire jusqu'en 1978, les aciéries jusqu'en 1984. Les deux « piliers de l'économie locale » se sont donc effondrés plus tardivement qu'ailleurs. La population subit fortement, mais depuis moins longtemps, les effets de la reconversion du bassin. De 1975 à 1988 l'emploi industriel s'y est contracté de 49 %.

Ce déclin des anciennes activités économiques explique que l'U.U. ait perdu 8 % de sa population entre 1975 et 1990. Il a pris, soudainement, une telle ampleur que plus de 40 % des friches

³¹ Fosse Saint-Pierre, Bleuse-Borne, d'Hérin, Lambrecht du groupe de Valenciennes fermées en 1955, fosses 1 et 1 bis, fosses 2 et 3, fosses Blignières Douchy, Broca, de Rœulx du groupe de Valenciennes fermées en 1957, fosse Naville du groupe de Valenciennes fermée en 1958,...

³² Fosse Audiffret-Pasquier du groupe de Valenciennes fermée en 1967, fosse Saint-Mark du groupe de Valenciennes fermée en 1969, fosse de Sassevale du groupe de Douai fermée en 1970.

³³ Fosse Ledoux, Arenberg, du groupe de Valenciennes fermée en 1989.

industrielles s'y trouvent rassemblées et que moins de 15 % d'entre elles ont été localement traitées.

LE VALENCIENNOIS ET SA CRISE

Peu de lieux en France ont été à ce point modelés, en tant qu'espace et en tant que société, par les impératifs de l'industrie lourde. Celle-ci a été, pendant plus d'un siècle et demi, la matrice de la société locale. Les compagnies minières et les grandes firmes sidérurgiques et métallurgiques ont imposé à l'espace leur logique d'organisation, décidant de la localisation des infrastructures comme de celles des logements. Ce sont leurs besoins en main-d'œuvre, leurs politiques de gestion de cette main-d'œuvre, qui expliquent à la fois la densité, les modalités de l'urbanisme du Valenciennois au XIX^{ème} siècle et une grande part des spécificités culturelles de la population.

La crise sidérurgique, s'ajoutant à la récession charbonnière et suivie des difficultés de toute une série d'autres branches industrielles, a abouti à la disparition presque complète de cette industrie lourde. En quelques années à peine, les principales caractéristiques du territoire et de la société locale se sont trouvées brutalement frappées d'obsolescence[...]

La reconversion du Valenciennois ne sera véritablement achevée que lorsque l'arrondissement aura radicalement changé de type de société, de culture, de paysages et de mode de fonctionnement urbain. Cela ne peut donc se faire en quelques années. Il faut du temps, beaucoup de temps. Une génération, peut-être deux. La crise, ici, ne peut être que longue.

Philippe Subra. Le Valenciennois, analyse géopolitique de la reconversion. Thèse de géographie. Université Paris VIII à Saint-Denis, 1994, 690p.

Le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais et ses homologues européens

Les difficultés, l'état présent du Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais se retrouvent en Europe. Dans l'ensemble, les bassins houillers européens se caractérisent par sept points³⁴ :

1. une forte dépendance vis-à-vis de l'industrie minière ;
2. un niveau de chômage sensiblement plus élevé que dans le reste du pays, de la région ;
3. un déficit en matière d'éducation et de formation professionnelle ;
4. un dépeuplement relatif ;
5. un habitat à réhabiliter ;
6. un environnement et une image qui doivent être reconstruits ;
7. un déficit des ressources locales.

La forte dépendance demeure vis-à-vis de l'industrie minière et perdure au-delà de la cessation d'activité

La subordination du milieu et des hommes est encore visible dans l'ensemble des bassins houillers européens. Il est patent que l'industrie minière modèle puissamment les régions où elle s'est implantée. Ainsi, la mine induit-elle toujours la constitution de densités de population élevées dans son voisinage immédiat. La mine structure le milieu local au-delà de ce que toute autre industrie peut faire. « Tout a été organisé comme si la mine devait être éternelle »³⁵. Les cités minières, les villes elles-mêmes, mais aussi les voies de communication, les voiries, les écoles, les établissements hospitaliers, les églises, les stades... étaient mis en place par elle. Lorsque la mine se retire, c'est tout le cadre, le suivi

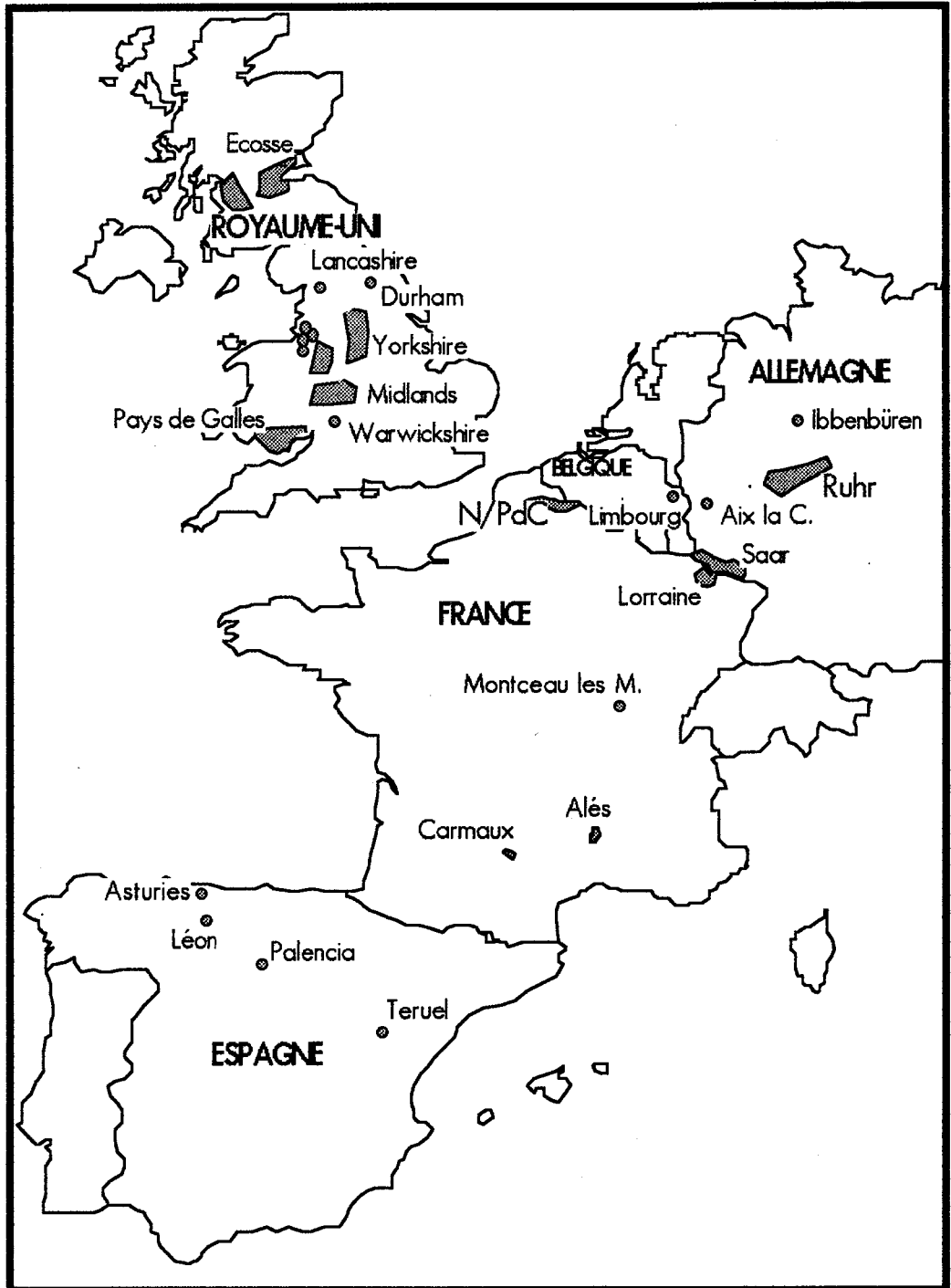
³⁴ Institut d'études et de développement, *Les conséquences sociales de la restructuration charbonnière dans les pays de la Communauté européenne*, multigr., 1992, 87p. et annexes.

³⁵ Institut d'études et de développement, 1992, Op. cit.

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Un milieu et des habitants aujourd'hui

de ces équipements et infrastructures qui se retire, qu'il faut reprendre en charge et qu'il convient de réorienter, réorganiser. Pendant plusieurs décennies -pendant plus d'un siècle pour le Nord - Pas-de-Calais- la mine a été omnipotente, vecteur de la prospérité régionale. Le niveau de vie, élevé, des habitants permettait au commerce d'être prospère et aux communes de disposer de ressources inconnues ailleurs. Cette dépendance a, aujourd'hui, des contreparties qui se payent, fort cher ; le tableau suivant le démontre. L'assujettissement du milieu et des hommes s'est révélé être un fardeau particulièrement pesant, lorsque la récession s'est annoncée.

LES BASSINS HOULLIERS EUROPÉENS



L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Un milieu et des habitants aujourd'hui

Tableau 6

Forces, faiblesses et évolution de la situation sociale dans les régions houillères d'Europe

Situation		Evolution	
+	: Très élevée	↗	: Progression
+	: Elevée	→	: Stagnation
0	: Neutre	↘	: Dégradation
-	: Faible	?	: Inconnue
-	: Très faible		
?	: Inconnue		

Régions minières européennes	Accessibilité & moyens de communication		Attraction locale & qualité de vie		Mobilité de la population		% de jeunes dans la population		% des personnes âgées dans la population		Revenus des ménages		Qualité de l'habitat & équipement collectif		Chômage		Chômage chez les moins de 25 ans		Activité des femmes		Niveau de formation	
	Situation	Tendance	Situation	Tendance	Situation	Tendance	Situation	Tendance	Situation	Tendance	Situation	Tendance	Situation	Tendance	Situation	Tendance	Situation	Tendance	Situation	Tendance	Situation	Tendance
Nord/Pas-de-Calais	+	↘	0	↘		↘	+	↘	+	↘		↘	+	↘	+	↘	+	↘		↘	+	↘
Lorraine	+	↘	+	↘		↘	+	↘	+	↘		↘	+	↘	+	↘	+	↘		↘	+	↘
Montceau-les-M.	+	↘	+	↘		↘	+	↘	+	↘		↘	+	↘	+	↘	+	↘		↘	+	↘
Alès	-	↘	0	↘		↘	-	↘	-	↘		↘	0	↘	+	↘	+	↘		↘	+	↘
Camaux	-	↘	0	↘		↘	-	↘	-	↘		↘	0	↘	+	↘	+	↘		↘	+	↘
Limbourg	+	↘	+	↘		↘	+	↘	+	↘		↘	+	↘	+	↘	+	↘		↘	+	↘
Ruhr	+	↘	+	↘		↘	0	↘	0	↘		↘	0	↘	+	↘	+	↘		↘	+	↘
Saar	+	↘	0	↘		↘	0	↘	0	↘		↘	0	↘	+	↘	+	↘		↘	+	↘
Aachen	0	↘	+	↘		↘	+	↘	+	↘		↘	0	↘	+	↘	+	↘		↘	+	↘
Ibbenbüren	0	↘	0	↘		↘	+	↘	+	↘		↘	0	↘	+	↘	+	↘		↘	+	↘
East Midlands	0	↘	0	↘		↘	-	↘	-	↘		↘	+	↘	+	↘	+	↘		↘	+	↘
North Warwickshire	0	↘	0	↘		↘	-	↘	-	↘		↘	+	↘	+	↘	+	↘		↘	+	↘
Staffs	0	↘	0	↘		↘	-	↘	-	↘		↘	+	↘	+	↘	+	↘		↘	+	↘
Lancashire	-	↘	-	↘		↘	-	↘	-	↘		↘	+	↘	+	↘	+	↘		↘	+	↘
South Yorkshire	0	↘	0	↘		↘	-	↘	-	↘		↘	+	↘	+	↘	+	↘		↘	+	↘
Central Yorkshire	0	↘	0	↘		↘	-	↘	-	↘		↘	+	↘	+	↘	+	↘		↘	+	↘
Tawsen	-	↘	-	↘		↘	-	↘	-	↘		↘	+	↘	+	↘	+	↘		↘	+	↘
Durham	-	↘	-	↘		↘	-	↘	-	↘		↘	+	↘	+	↘	+	↘		↘	+	↘
South Wales	-	↘	-	↘		↘	-	↘	-	↘		↘	+	↘	+	↘	+	↘		↘	+	↘
East Scotland	-	↘	-	↘		↘	-	↘	-	↘		↘	+	↘	+	↘	+	↘		↘	+	↘
West Scotland	-	↘	-	↘		↘	-	↘	-	↘		↘	+	↘	+	↘	+	↘		↘	+	↘
Asturias	-	↘	+	↘		↘	-	↘	-	↘		↘	+	↘	+	↘	+	↘		↘	+	↘
Léon	-	↘	-	↘		↘	-	↘	-	↘		↘	+	↘	+	↘	+	↘		↘	+	↘
Palencia	-	↘	-	↘		↘	-	↘	-	↘		↘	+	↘	+	↘	+	↘		↘	+	↘
Teruel	-	↘	-	↘		↘	-	↘	-	↘		↘	+	↘	+	↘	+	↘		↘	+	↘

Sources : Institut d'études et de développement/Commission des communautés européennes

Un niveau de chômage plus élevé

Le déclin des charbonnages a induit une élévation du chômage qui était, en 1992, supérieur aux taux nationaux dans pratiquement tous les bassins européens (tableau 6)). Partout, les individus accédant le plus difficilement à l'emploi sont les jeunes et les femmes

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Un milieu et des habitants aujourd'hui

peu diplômés ou sans qualification. En outre, les personnes sont plus nombreuses dans les bassins houillers. Le chômage des femmes est parfois moins important que les moyennes nationales parce que celles-ci sont, d'une part, culturellement moins à la recherche d'activités extra-domestiques et que, d'autre part, la rareté de l'offre d'emplois les dissuade de s'enquérir d'un travail et/ou de s'inscrire parmi les demandeurs d'emplois.

Tableau 7

Catégories socio-professionnelles parmi la population ayant un emploi dans le Bassin houiller en 1990

Zones d'emploi	Ouvriers	Employés	Professions intermédiaires	Cadres supérieurs	Artisans, commerçants chefs d'entreprises	Agriculteurs exploitants
Béthune	39,1 %	25,0 %	18,9 %	6,7 %	7,4 %	2,9 %
Douai	37,3 %	26,9 %	19,8 %	7,9 %	6,9 %	1,7 %
Lens	43,6 %	25,4 %	18,6 %	5,7 %	6,2 %	0,5 %
Valenciennes	37,2 %	26,9 %	20,3 %	7,5 %	7,0 %	1,1 %
Bassin houiller	39,5 %	25,9 %	19,4 %	6,9 %	6,8 %	1,5 %
Région	35,4%	26,2%	20,0%	8,8%	6,8%	2,8%

Source : Insee

Le déficit en matière d'éducation et de formation professionnelle

Ce trait est probablement l'un des plus graves des régions minières. A un nombre de chômeurs élevé se juxtapose la difficulté que rencontrent certains employeurs à trouver la main-d'œuvre dont ils ont besoin. On voit sur ce point que l'éducation et la formation représentent l'un des axes prioritaires à poursuivre dans l'ensemble des bassins européens. Sur ce point crucial pour l'avenir du Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais, de remarquables résultats ont été atteints dans les toutes dernières années.

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Un milieu et des habitants aujourd'hui

Tableau 8

Distribution de la population âgée de 15 ans et plus, selon le niveau de diplôme atteint, dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais

Bassin formation emploi	Niveau VI		Niveau V bis		Niveau V	
	1982	1990	1982	1990	1982	1990
Bassin minier ouest	68,1%	58,3%	5,7%	6,9%	16,6%	21,4%
Douai	65,5%	55,8%	5,8%	7,1%	17,1%	22,3%
Lens	69,6%	60,9%	5,7%	6,8%	16,4%	21,0%
Valenciennes	64,4%	55,6%	5,1%	6,9%	19,2%	23,1%
Région	65,1%	55,0%	6,1%	7,4%	16,3%	20,8%

	Niveau IV		Niveau III		Niveaux I & II	
	1982	1990	1982	1990	1982	1990
Bassin minier ouest	6,5%	7,8%	1,7%	3,7%	1,4%	2,0%
Douai	6,7%	8,2%	2,0%	3,9%	3,0%	2,7%
Lens	5,8%	6,7%	1,5%	3,0%	1,1%	1,6%
Valenciennes	7,6%	8,2%	1,7%	3,6%	2,0%	2,6%
Région	8,2%	8,7%	2,0%	4,6%	2,4%	3,5%

Niveau VI : 1^{er} cycle second degré
Niveau V bis : 3^e et cycle court pro.
Niveau V : Second cycle sans Bac

Niveau IV : Bac
Niveau III : Bac + 2 ans
Niveaux I & II : au-delà de Bac + 2 ans

Source : Orfpa

Un déficit démographique

Les populations des bassins miniers de l'Union européenne et, notamment, les jeunes et les jeunes adultes, ont tendance à émigrer. Le niveau peu élevé des salaires proposés localement et la rareté de l'emploi sont des facteurs induisant le départ de nombreuses familles. Toutefois, ce dépeuplement est tout à fait relatif. Les régions minières européennes demeurent encore toutes des ensembles industriels et urbains portant de fortes densités de population.

L'habitat

Les houillères ont logé une grande partie de leur personnel afin d'attirer et de fixer les travailleurs. Ce logement a toujours fait partie, dans la culture de la mine, des avantages sociaux. Celui-ci se révèle être aujourd'hui une contrainte financière. Dans la plupart des bassins il a fallu rénover ou réhabiliter les logements. L'existence d'un vaste parc de logements individuels a eu

d'importantes conséquences sur les prix locaux de l'immobilier et du foncier.

LES ATTEINTES À L'ENVIRONNEMENT

Ce sont des surfaces de plusieurs hectares qui ont servi d'entrepôts ou de parcs de stockage pour des produits qui ne sont pas neutres et atteignent, ici ou là, la nappe phréatique. S'il est inutile, voire criminel, de se voiler la face en voulant méconnaître ces dommages et reverdir le paysage d'un coup de gomme mensonger, noircir le tableau ne sert à rien si ce n'est à enfoncer dans la « déprime » un million d'habitants auxquels il convient de trouver un nouveau dynamisme qui ne pourra s'enraciner et se développer qu'au prix d'une meilleure prise en compte des conditions environnementales. Non seulement une reconquête du paysage est indispensable pour se débarrasser de l'image atrabilaire du pays noir, mais il faut veiller aux conditions de sécurité et de salubrité nécessaires quel que soit le type d'aménagement projeté pour cette région[...]

La gestion du vide. Les vides ainsi créés étant incomplètement remblayés et inégalement répartis, l'exploitation a engendré une détente des terrains dont l'essentiel s'amortit en quelques années, mais dont on ne peut assurer d'une manière égale le retour à une ferme stabilité à long terme. La difficulté à gérer ce problème de géomécanique dans une stratégie d'aménagement du territoire tient à l'inhomogénéité de la distribution spatiale des désordres induits et au caractère actuellement imprévisible de leur propagation en surface.

Les affaissements profonds induisent des tassements superficiels et une modification de la répartition des vides dans les terrains encaissants. Les dépressions superficielles ainsi créées ont comme effet la fissuration de certains immeubles, des perturbations provoquées sur les réseaux (hydrographique, canaux, assainissement, chemin de fer), des risques d'inondation d'autant plus marqués que l'écoulement est difficile (pentes trop faibles).

Les friches industrielles, dans le bassin minier, ne sont pas à l'échelle de la plupart des friches urbaines. Il s'agit de vastes surfaces désaffectées : plus de 120 sites, couvrant une surface totale de 3 500 ha, ont des superficies supérieures à 10 ha.[...] L'aménagement de ces zones délaissées représente un enjeu

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais Un milieu et des habitants aujourd'hui

considérable car il s'intègre dans une profonde mutation économique et suppose une restructuration totale de l'espace qui avait été totalement façonné pour et par l'extraction houillère. Même les villes, souvent constituées par une juxtaposition de cités minières ne peuvent servir de points d'appui pour la reconquête du territoire.

La contamination des sols représente un problème majeur dans la réhabilitation des friches industrielles. Depuis 1987, la DRIRE assure un inventaire méthodique des sites industriels pollués de la région. Sur 553 sites répertoriés en France au 31 décembre 1992, 95 se situent dans la région Nord - Pas-de-Calais qui détient la première place de toutes les régions françaises. Si la plupart des grandes friches charbonnières sont généralement peu contaminées, quelques grosses friches sont très polluées [...] Il est impossible de distinguer les terrains pollués des autres par un découpage simpliste, d'autant que le sol est un milieu complexe qui peut être naturellement chargé en minéraux ou en métaux sans être pollué ce qui pose la délicate question d'un référentiel préexistant ou comparable [...] Cependant, les polluants accumulés dans les sols mettent en danger la santé humaine, soit par l'intermédiaire de la nappe phréatique vers laquelle ils percolent inexorablement, soit en s'introduisant directement dans la chaîne alimentaire dans les zones de cultures. Or, l'agriculture, sous la forme périurbaine de petites exploitations, est très présente dans cette région [le Bassin houiller].

Le caractère déficient de l'assainissement urbain. Certaines habitations sont raccordées à un réseau qui, au lieu de se diriger vers la station d'épuration, retourne directement vers l'exutoire naturel. Le programme de rénovation des cités minières intègre cette nouvelle donnée environnementale ; il est alors urgent d'améliorer le taux de collecte ou d'encourager l'assainissement individuel si les conditions sont favorables. Il est vrai que les maisons du Nord construites avec la cuisine et les sanitaires rejetés à l'arrière de la maison supposent des travaux de raccordement importants [...]

*Isabelle Roussel, Francis Meiliez, Eric Carlier
Noir, bleu, vert, les différentes couleurs de l'environnement
du bassin minier,
Hommes et Terres du Nord, 1994, n°1, 41-47.*

L'environnement et l'image des bassins miniers

Toutes les régions charbonnières ont besoin de retrouver une salubrité et d'être plus attractives, ce qui nécessitera du temps.

Le manque de ressources locales³⁵

Les collectivités ont des besoins immenses, tant la cessation de l'extraction et la récession des activités annexes ont fait disparaître une large part de leurs ressources antérieures. Il semble qu'en priorité, les équipements socio-éducatifs aient, partout, souffert du même manque d'entretien³⁶.

Après 130 ans « d'occupation minière » et 30 ans d'efforts publics, le rééquilibrage tarde à venir

La comparaison avec les autres régions houillères européennes permet de comprendre non seulement ce que ce milieu a de spécifique, mais aussi que celui-ci n'est pas figé et que d'amples mouvements de fond semblent se faire jour. Il convient de ne pas perdre de vue que, si la mine a structuré l'espace et les conditions de vie dans des proportions inconnues ailleurs pendant 130 ans (au point d'en faire « un fait social total »), depuis près de 30 années, l'investissement des fonds publics a été particulièrement considérable. Au total, plus de 50 000 emplois ont bénéficié d'aides diverses. Les implantations d'entreprises automobiles et leurs sous-traitants ont été encouragés dès les années 1968-1969. Aujourd'hui encore, « la mine » apporte sept milliards de francs par an à l'économie locale -soit autant que les dépenses d'assurance maladie du régime général dans le Bassin houiller- sous la forme de prestations sociales. Ces aides, ces actions volontaristes ont,

³⁶ Institut d'études et de développement, 1992, Op. cit.

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Un milieu et des habitants aujourd'hui

selon beaucoup d'auteurs, contribué à éviter l'apparition d'une crise sociale majeure. En un sens, les tensions sociales, conséquences de la récession charbonnière et de la crise de la sidérurgie, ont été « amorties » par l'arsenal considérable de mesures déployées par les services de l'Etat.

INVESTISSEMENT PUBLIC ET TENDANCES POSITIVES

L'investissement public a souvent précédé l'apparition d'évolutions tout à fait positives, telles que l'amélioration du niveau de formation qui n'a probablement jamais été si élevé, l'élévation de la qualité de l'habitat et des équipements collectifs ou encore l'accessibilité, par la mise en place d'un réseau de transports tout à fait exceptionnel en France.

Tableau 9

**Poids des revenus provenant de la mine en 1993,
dans le Bassin houiller**

Zones d'emploi	% de la population	% des foyers fiscaux
Béthune	3,4 %	7,4 %
Douai	2,8 %	5,6 %
Lens	4,5 %	9,9 %
Valenciennes	1,5 %	3,3 %
Bassin houiller	3,1 %	6,7 %
Région	1,0 %	2,7 %

Sources : Cep/Sgar

Pour accompagner cet investissement public, des institutions *ad hoc* ont été mises en place (Sacomi, Soginorpa), de nombreuses communes se lancent aujourd'hui dans la coopération intercommunale car le besoin déclaré de décroisement entre secteurs est grand.

La population elle-même a manifesté des signes explicites d'évolution. L'émigration depuis trois décennies a été intense. Elle a surtout été le fait des adolescents en fin de formation initiale et des jeunes adultes. Le secteur tertiaire s'est développé et les Pme/Pmi

prennent, pour partie, le relais des activités industrielles. La féminisation des emplois a été soutenue ; il est vrai que le taux d'activité des femmes était, ici, incroyablement bas.

DE LOURDS POINTS NOIRS A FAIRE DISPARAITRE

Mais l'emprise de l'ancien système minier sur les comportements est encore considérable. L'organisation sociale, les mentalités sont empreintes de ce système qui entama sa disparition voici trente ans. Le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais reste encore marqué, comme le constate l'étude des services de l'Union européenne, par un fort taux de chômage global, et chez les moins de 25 ans. Les revenus des ménages stagnent et sont bas. La mobilité de la population est, selon ces mêmes sources, anormalement réduite et semble se restreindre plus encore. Enfin, l'attraction locale et la qualité de la vie sont, à l'évidence, perfectibles.

ET LA SANTE ?

Le descriptif mené pour la Commission des communautés européennes n'intègre pas l'état de santé des populations. Pourtant, il aurait été particulièrement utile de pouvoir comparer ce qui se constate ici à ce qui existe ailleurs.

Certes, les relations entre situation sociale dégradée et surmortalité et/ou surmorbidity ne sont plus à établir. Mais, avant d'examiner les liens entre ces deux phénomènes, encore faut-il décrire précisément l'état de la santé des habitants du Bassin houiller en ayant tout d'abord recours à une « approche par indicateurs », puis en analysant et en commentant les entretiens menés avec nos « informateurs-clés ».

Les indicateurs masculins

Il existe plusieurs conceptions et, par conséquent plusieurs définitions de la santé dont toutes présentent un certain nombre d'avantages et d'inconvénients. Dans l'optique qui est la nôtre, nous pourrions dire que nous avons cherché à cerner non pas l'absence de maladie dans cette population mais, au contraire, les conséquences les plus graves de l'expression d'une maladie, sur les individus résidant dans le Bassin houiller.

Il est de tradition, depuis longtemps, d'utiliser la mortalité -et la natalité- comme « baromètre » de l'état de santé d'une population. La mortalité est un des phénomènes parmi les plus importants en santé publique. Les taux, indices, ratios, calculés pour telle(s) ou telle(s) cause(s) choisie(s), sont des indicateurs de l'état de santé d'une population en un lieu et un temps donné. Ces « objets statistiques » auxquels s'ajoute une bonne part de savoir-faire issu de la santé publique sont les indications propres à décrire et orienter bien des décisions relevant de la politique de santé.

MESURER LA MORTALITÉ DANS UNE POPULATION

Le risque de décéder n'étant pas uniforme selon l'âge, il importe, lorsqu'il s'agit de quantifier la fréquence des décès, de recourir à des techniques autorisant la comparaison entre des populations n'ayant pas les mêmes structures par âge (ce qui est le cas pour les cantons du Bassin houiller ou de la région et de la population moyenne française).

Il est possible, afin de contourner ces inconvénients, de procéder à une standardisation permettant l'élaboration de ratios standardisés de mortalité. Plusieurs méthodes peuvent être adoptées.


L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Les indicateurs masculins

Nous avons opté pour une standardisation indirecte (appelée également *méthode des taux-types* ou *méthode de la mortalité-type*) qui est le procédé le plus adapté à de petites unités géographiques telles que les cantons et les grandes communes.

Dans ce cas, on calcule pour chaque unité géographique le nombre de décès qui aurait été constaté si les taux de mortalité par âge avaient été exactement identiques à ceux d'une population donnée, (ici celle de la France), prise comme point de référence. A ceux-ci, on rapporte le nombre de décès effectivement observés, en calculant le ratio de l'un par l'autre, c'est-à-dire le rapport entre le nombre de décès *attendus* (simulés si les taux de mortalité avaient été identiques à ceux de la population de référence) et le nombre de décès *observés*.

Par exemple, si le nombre de décès moyen de Douai est de 5 350 et que le nombre de décès qui aurait été observé avec les taux de mortalité par âge de l'ensemble de la France est de 4 980, le rapport de 5 350/4 980 donne un ratio de 1,0743, arrondi à 1,07. La mortalité à Douai est donc supérieure à celle de l'ensemble du pays.

Il y a *surmortalité* si le ratio standardisé de mortalité -le Rsm- est supérieur à 1. Il y a *mortalité similaire* si le Rsm est égal à 1. Il y a *sous-mortalité* si le Rsm est inférieur à 1.

Nous avons complété l'analyse statistique par l'emploi d'un test statistique de probabilité visant à approcher la fiabilité des Rsm de chaque unité géographique de petite dimension. Il a été considéré qu'un Rsm est significatif lorsque la probabilité qu'un tel ratio soit liée aux fluctuations aléatoires est inférieure à 5% ($p < 0,05$). Dans ce cas, et dans ce cas seulement, l'unité géographique porte sur la carte la marque .

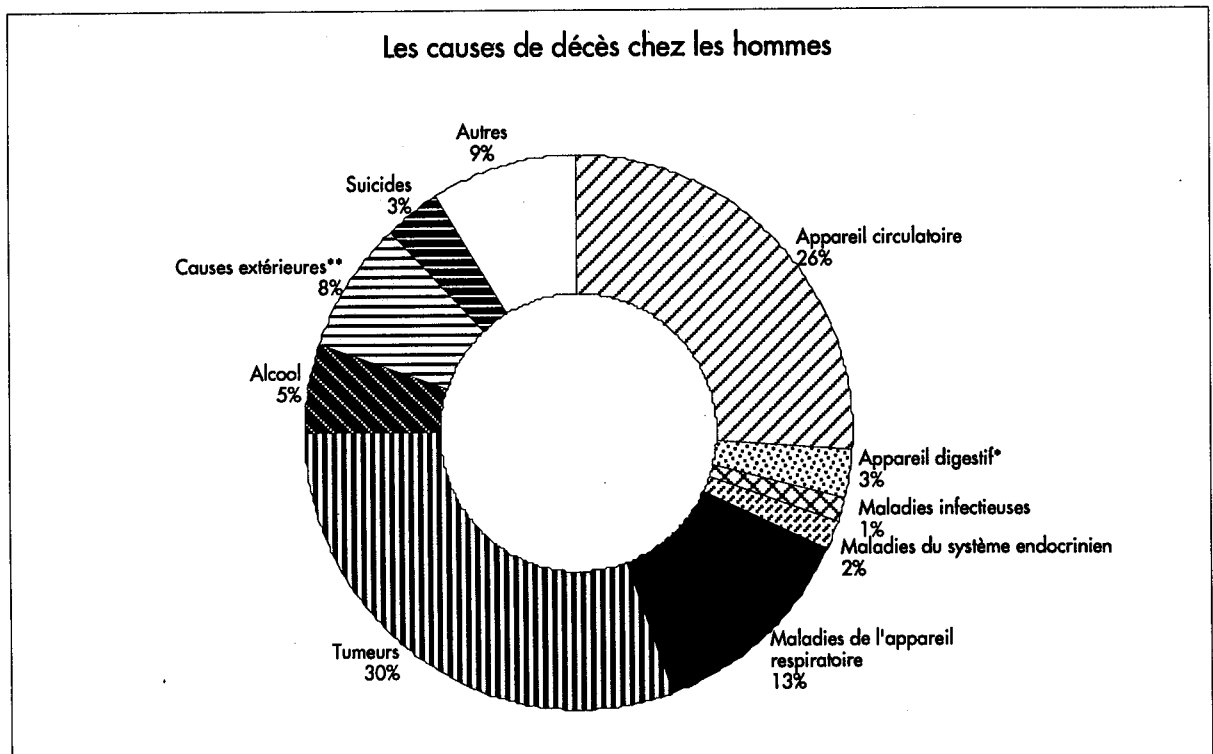
La période couverte correspond aux années 1988, 1989, 1990, 1991 et 1992.

Le seuillage en cinq classes présenté dans la légende des cartes a systématiquement été calé sur la même méthode. La classe centrale a été alignée sur le Rsm moyen régional, la valeur de la classe extrême a été calculée en retenant la plus petite distance entre le Rsm régional et les valeurs maximales, afin que la dispersion des Rsm soit respectée et qu'il figure au moins une circonscription dans chaque classe extrême.

L'ensemble des décès

Traitée sous la forme de ratios standardisés de mortalité, l'analyse de décès « toutes causes confondues » peut être d'une utilité certaine. En effet, la mortalité examinée dans son ensemble fournit un point de référence dont le rappel permettra d'évaluer, par exemple, si telle ou telle concentration de mortalité est du même ordre, ou non, que la mortalité toutes causes.

Graphique A



* Les maladies de l'appareil digestif ne comprennent pas ici les cirrhoses qui ont été intégrées pour ce graphique à la catégorie *Alcool*.

** Les suicides ont été extraits de la famille « causes extérieures ».

Source : Inserm

Mortalité globale (toutes causes de décès confondues)
chez les hommes entre 1988 et 1992.

Ratios standardisés de mortalité.

RSM France = 1,0

RSM Région = 1,25

RSM Bassin houiller = 1,35

Ratios standardisés

— 1,02



— 1,10

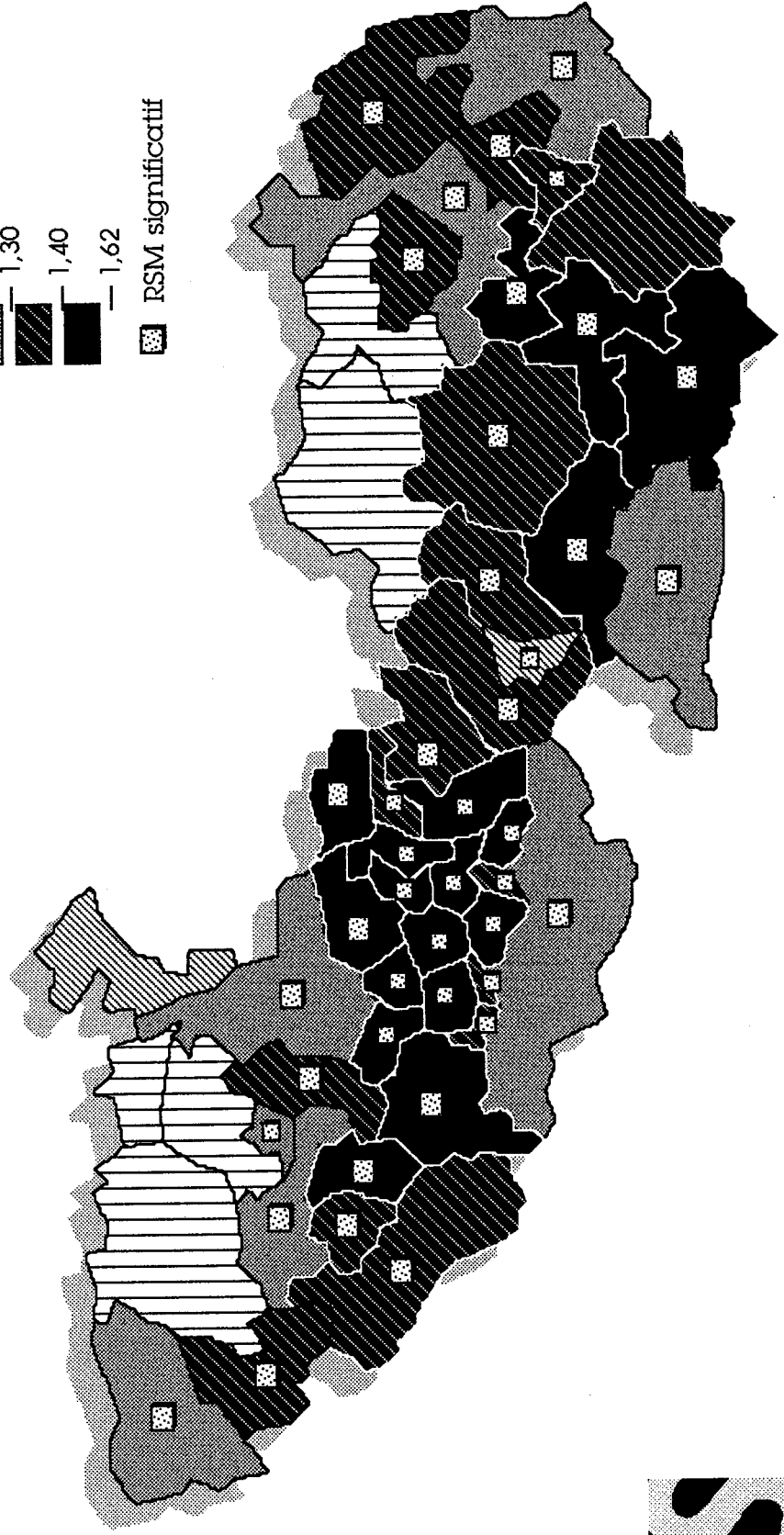
— 1,20

— 1,30

— 1,40

— 1,62

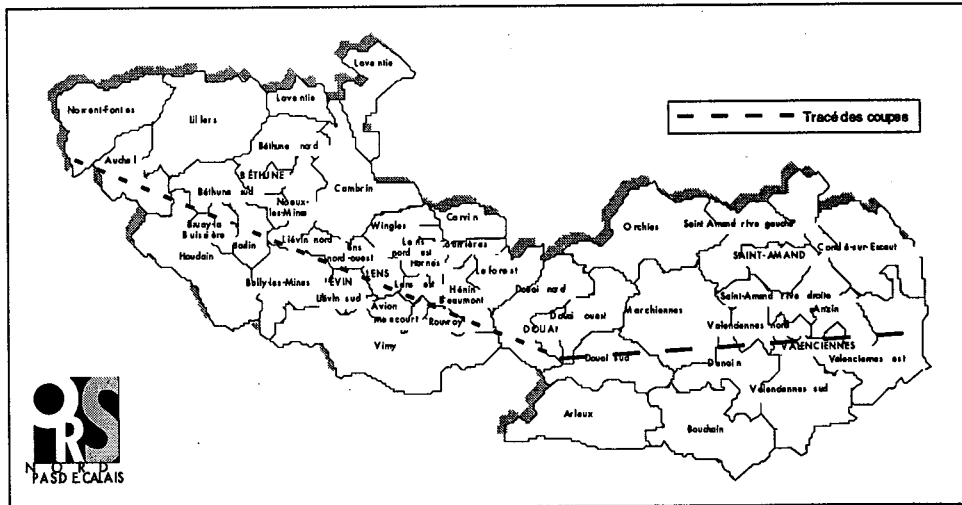
— RSM significatif



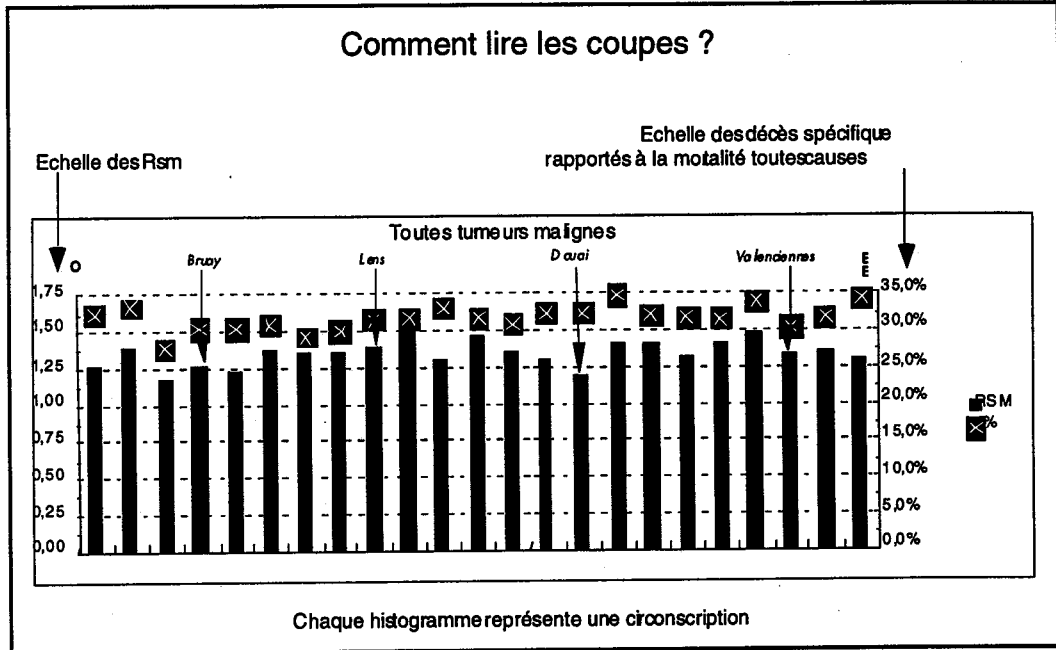
N O R D
PAS-DE-CALAIS

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Les indicateurs masculins

Le tracé des coupes



Comment lire les coupes ?



En second lieu, cet indicateur peut, dans le cas présent, être proportionnel à la mesure de l'espérance de vie locale.

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Les indicateurs masculins

En cinq ans, 34 124 décès se sont produits parmi la population masculine résidant dans le Bassin houiller.

Exploités sous la forme de ratios standardisés de mortalité, ces décès donnent lieu au constat d'une double surmortalité. Par rapport à l'ensemble du pays, le Rsm est de 1,35¹ tandis que le Rsm régional est de 1,25.

L'excès de décès, par rapport au taux de mortalité français de la même période, est de 8 800, soit 1 760 morts annuelles observées de plus que la « norme nationale ». Si le Nord - Pas-de-Calais ne comprenait pas la population du Bassin houiller, le Rsm aurait été de 1,20.

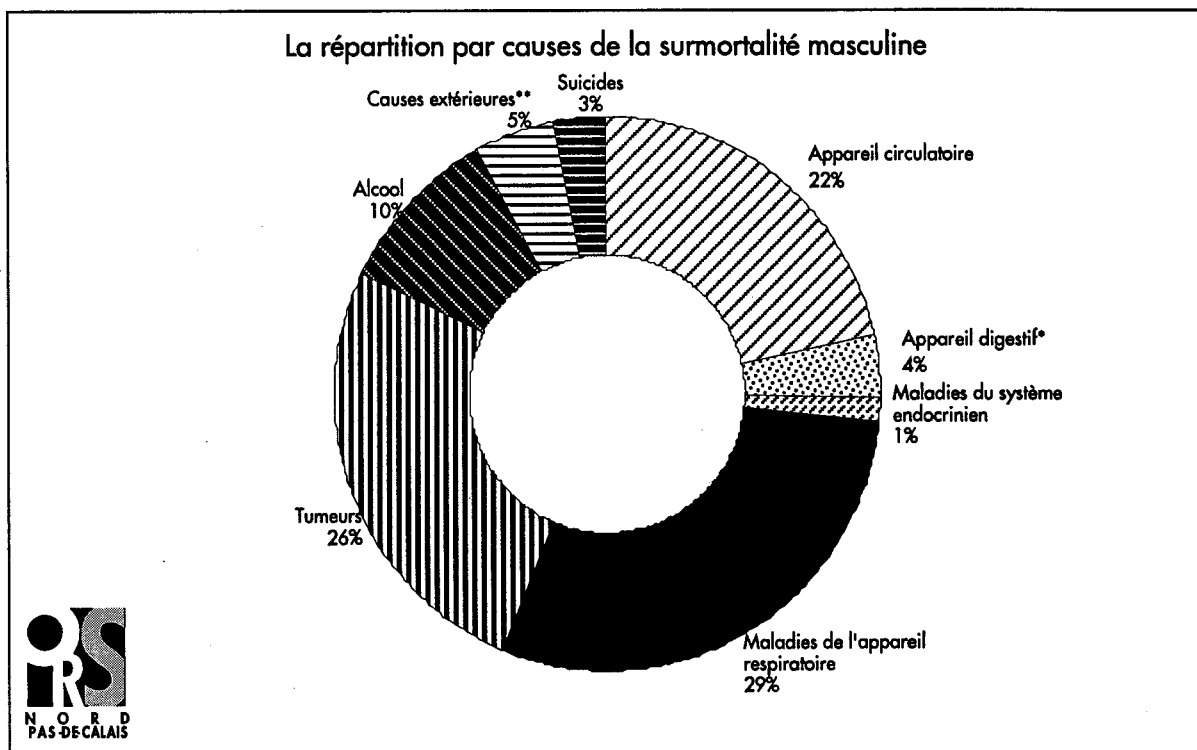
Sur la carte, l'aire centrale affectée de forts Rsm (au-delà de 1,3) recouvre les secteurs qui furent les plus miniers (voir la carte des groupes et concessions en première partie). Nulle part les Rsm ne passent au-dessous de 1,00 ; il n'y a donc aucune sous-mortalité par rapport à la France. Seuls les cantons de Lillers, Béthune nord, Orchies et Saint-Amand-rive-gauche² se trouvent affectés de Rsm plus bas que ceux du Nord - Pas-de-Calais.

Le secteur de Lens-Liévin correspond à un regroupement de 14 secteurs où la mortalité est particulièrement élevée, les Rsm y dépassent 1,40. On ne relève pas de collection semblable dans le département du Nord.

¹ Soit 35 % de surmortalité par rapport à la moyenne française.

² Ces Rsm n'atteignent toutefois pas la signification statistique.

Graphique B



* Les maladies de l'appareil digestif ne comprennent pas ici les cirrhoses qui ont été intégrées pour ce graphique à la catégorie *Alcool*.

** Les suicides ont été extraits de la famille « causes extérieures ».

Source : Inserm

Les tumeurs malignes

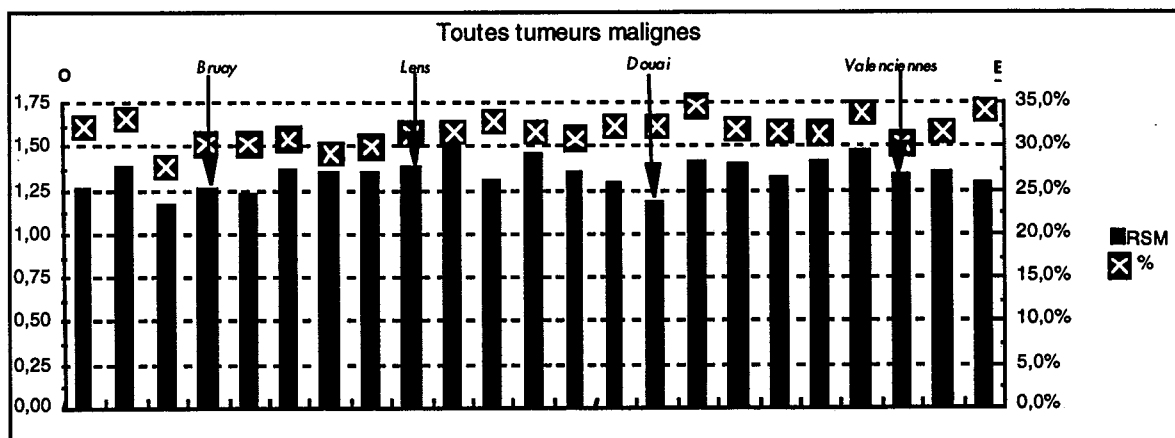
30 % de la mortalité toutes causes, 11 % du solde décès observés / décès attendus

Les tumeurs malignes ont entraîné localement 10 687 décès en cinq ans. Par rapport à l'ensemble des décès, elles sont responsables de 30 % des morts. De ce point de vue (voir coupe ci-après), les tumeurs malignes sont particulièrement fréquentes à Douai ouest, Saint-Amand-rive-droite, Béthune nord et Nœux-les-Mines.

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Les indicateurs masculins

Coupe ouest-est du Bassin houiller

Décès par l'ensemble des tumeurs entre 1988 et 1992, Rsm et % de décès



Le Rsm moyen du Bassin houiller est de 1,29, le Rsm régional de 1,26.

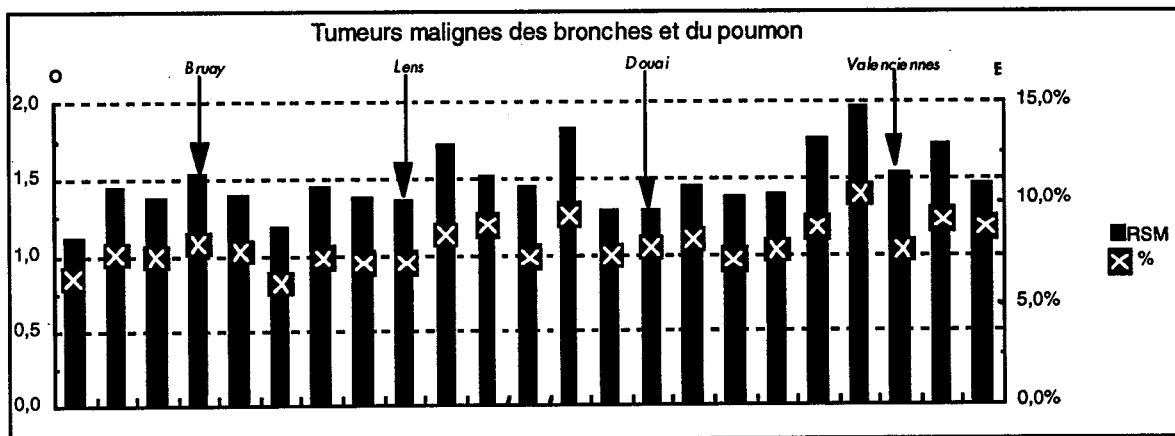
LES TUMEURS MALIGNES DE LA TRACHEE, DES BRONCHES ET DU POUMON

Elles ont représenté 2 681 décès, soit 7,9 % de l'ensemble des décès constatés dans le Bassin houiller durant cette période.

Le Rsm local est de 1,43 tandis que le Rsm régional est de 1,39. Sur la carte, les sous-mortalités existent à Lillers, Orchies et Saint-Amand-rive-gauche. Ailleurs, l'essentiel du territoire est affecté de Rsm médians (entre 1,26 et 1,52) significativement différents de la mortalité française.

Coupe ouest-est du Bassin houiller

Décès par tumeur de la trachée des bronches et du poumon entre 1988 et 1992, Rsm et % de décès



Mortalité par tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon
chez les hommes entre 1988 et 1992.

Ratios standardisés de mortalité.

RSM France = 1,0

RSM Région = 1,39

RSM Bassin houiller = 1,43

Ratios standardisés

—0,71

—1,00

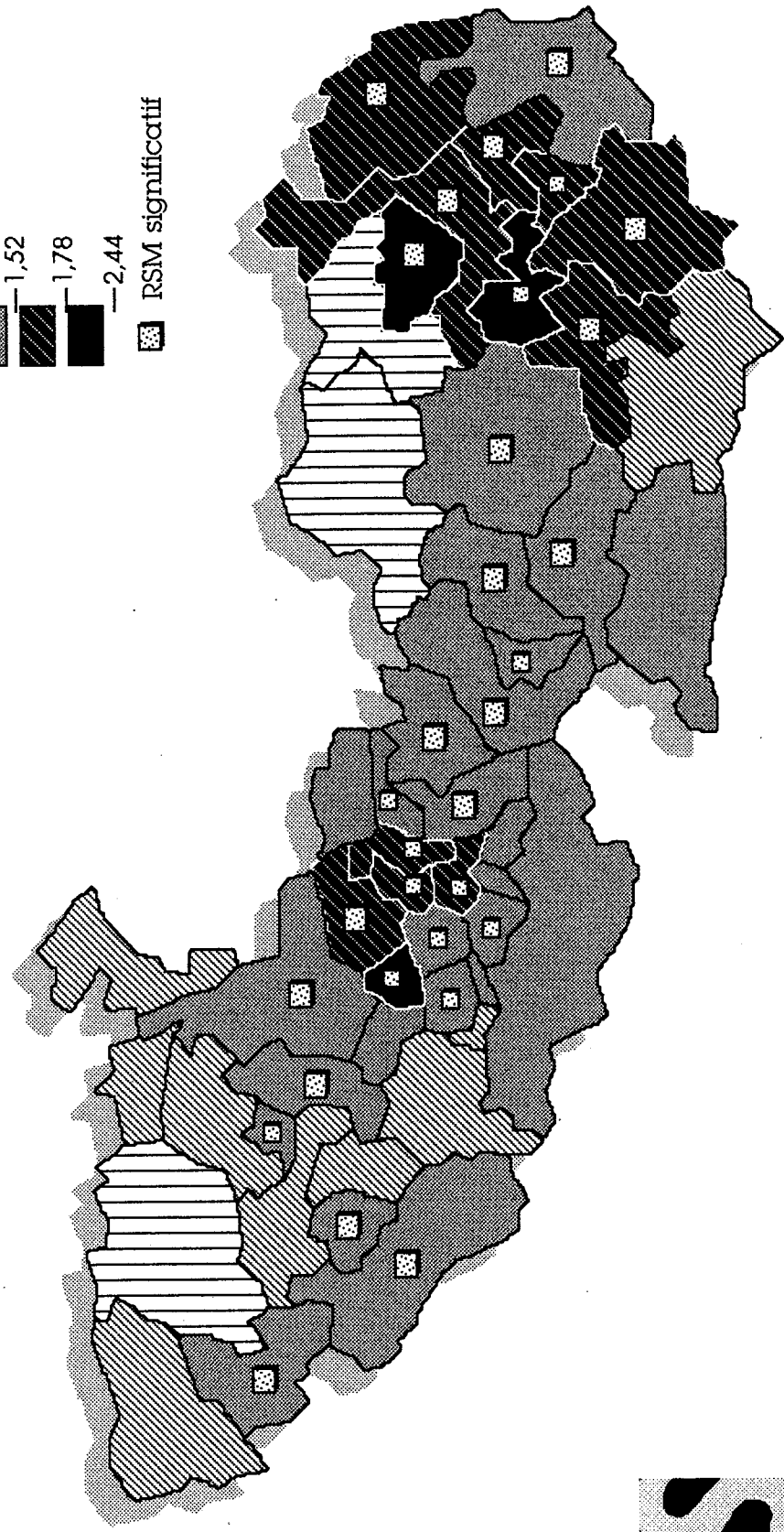
—1,26

—1,52

—1,78

—2,44

☒ RSM significatif



On relève deux collections réunissant des circonscriptions, en premier lieu, à l'ouest autour de Lens nord-est, puis une seconde, à la périphérie de Valenciennes - Valenciennes nord [Rsm à 1,96].

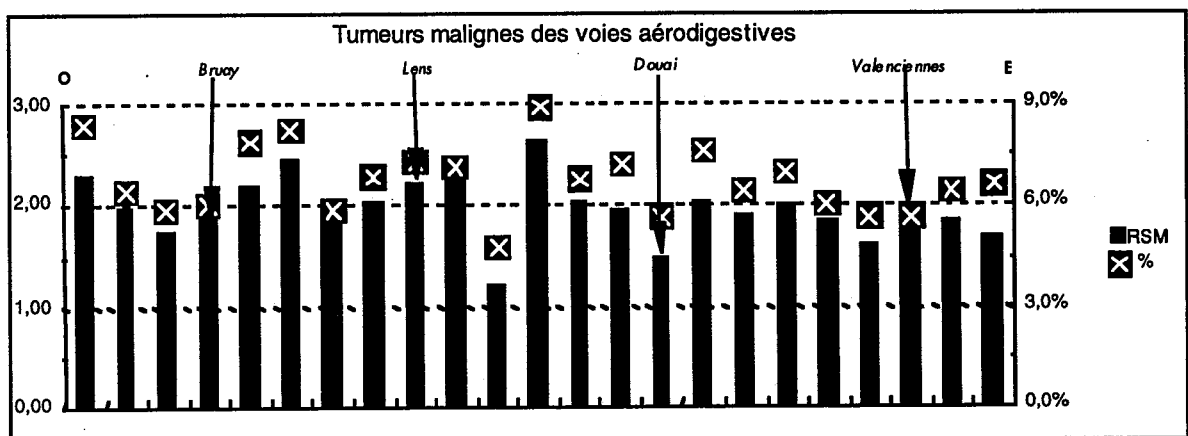
LES TUMEURS DES VOIES AERODIGESTIVES SUPERIEURES ET DE L'ŒSOPHAGE

Elles sont responsables de 6,7 % des décès dans le Bassin houiller, soit 2 273 morts en cinq ans. Ce territoire représente donc, pour les années 1988-1992, 35,4 % des morts imputées à ces tumeurs. Le Rsm local est très élevé. Il atteint 1,87 et celui de la région 1,77. Il y a, par conséquent, presque deux fois plus de décès par cancer des Vados dans le Bassin houiller que la moyenne française.

Sur la carte, la localisation des Rsm élevés suit grossièrement celle de la mortalité toutes causes. Les Rsm très forts sont fréquents ; huit circonscriptions portent des Rsm dont la valeur dépasse 2,19, quatre se situent dans la périphérie immédiate de Lens et touchent Lens même.

Coupe ouest-est du Bassin houiller

Décès par tumeur des voies aérodigestives et de l'œsophage entre 1988 et 1992, Rsm et % de décès



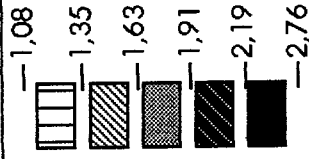
**Mortalité par tumeurs des voies aérodigestives supérieures & de l'œsophage
chez les hommes entre 1988 et 1992.**
Ratios standardisés de mortalité.


RSM France = 1,0

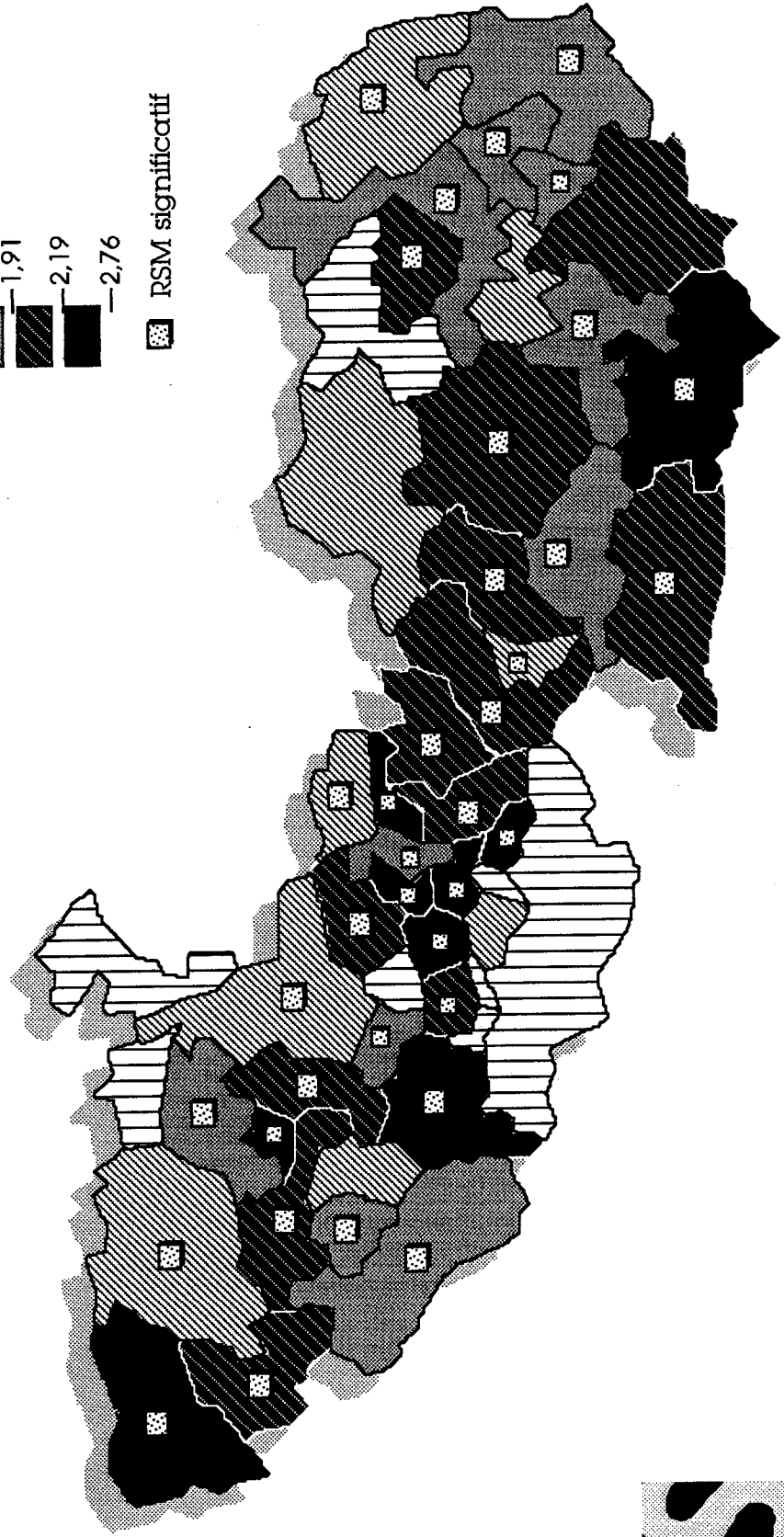
RSM Région = 1,77

RSM Bassin houiller = 1,87

Ratios standardisés



 RSM significatif



RS
N O R D
PAS-DE-CALAIS

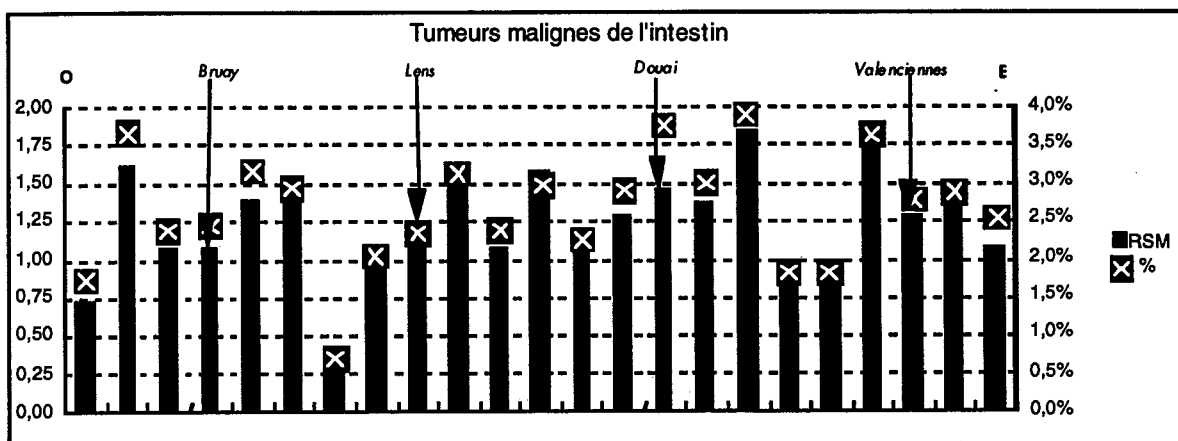
LES TUMEURS MALIGNES DE L'INTESTIN

Elles sont responsables du décès de 890 personnes, soit sur le Bassin houiller, de 2,6 % de l'ensemble des morts constatées.

Le Rsm local est plus bas que précédemment. Il est de 1,18, celui de la région de 1,16.

Coupe ouest-est du Bassin houiller

Décès par tumeur de l'intestin entre 1988 et 1992, Rsm et % de décès



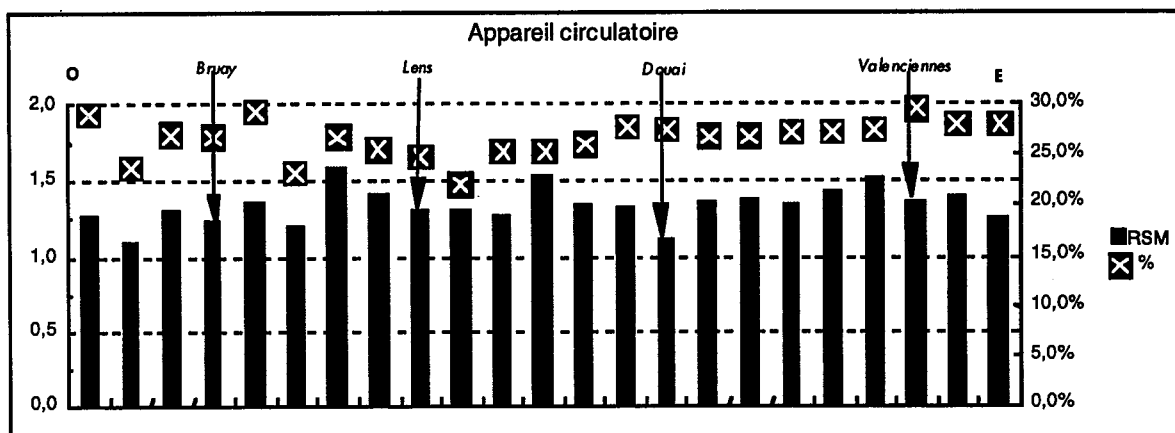
Les maladies de l'appareil circulatoire

26 % de la mortalité toutes causes, 29 % du solde décès observés / décès attendus

Les maladies de l'appareil circulatoire ont été la cause déclarée de 9 054 décès au cours des cinq années, soit 26,5 % de l'ensemble de la mortalité. Le Rsm local est assez élevé. Il est de 1,28 et celui de la région atteint 1,26.

Coupe ouest-est du Bassin houiller

Décès par maladie de l'appareil circulatoire entre 1988 et 1992, Rsm et % de décès



Mortalité maladies de l'appareil circulatoire
chez les hommes entre 1988 et 1992.

Ratios standardisés de mortalité.

RSM France = 1,0

RSM Région = 1,26

RSM Bassin houiller = 1,28

Ratios standardisés

— 0,93



— 1,08



— 1,20



— 1,32



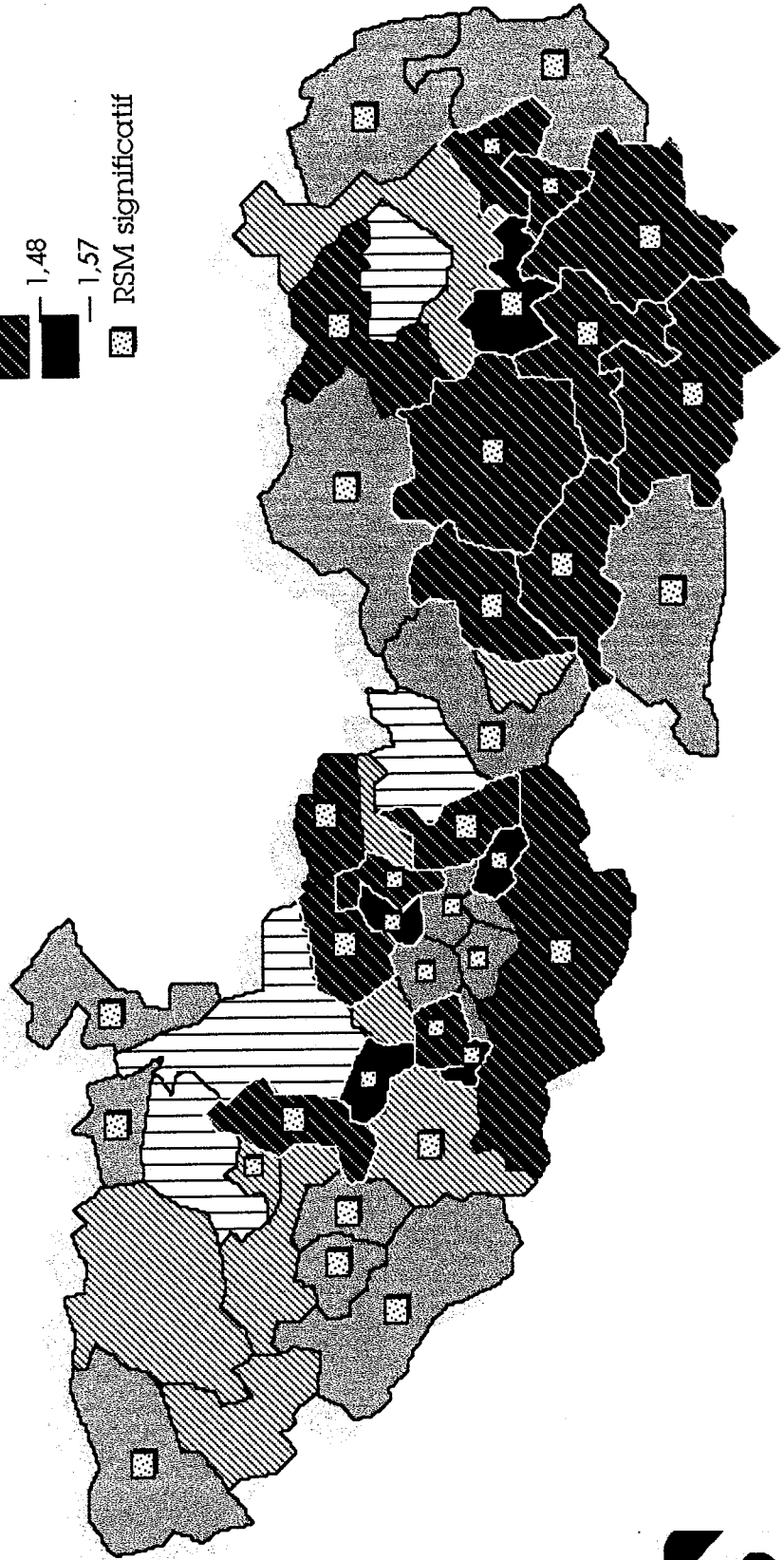
— 1,48



— 1,57



■ RSM significatif



Sur la carte, on ne relève aucune sous-mortalité atteignant la signification. La distribution s'organise en cinq éléments juxtaposés. Le premier, en partant de l'ouest, englobe un ensemble de Rsm voisins de 1,20, puis un second groupe, autour de Lens, marque le contact Pas-de-Calais/Nord. Plus loin, autour de Douai, les Rsm s'abaissent avant de remonter sensiblement aux alentours de Douai sud - Denain - Valenciennes et Anzin. Le long de la frontière belge les Rsm s'abaissent une dernière fois.

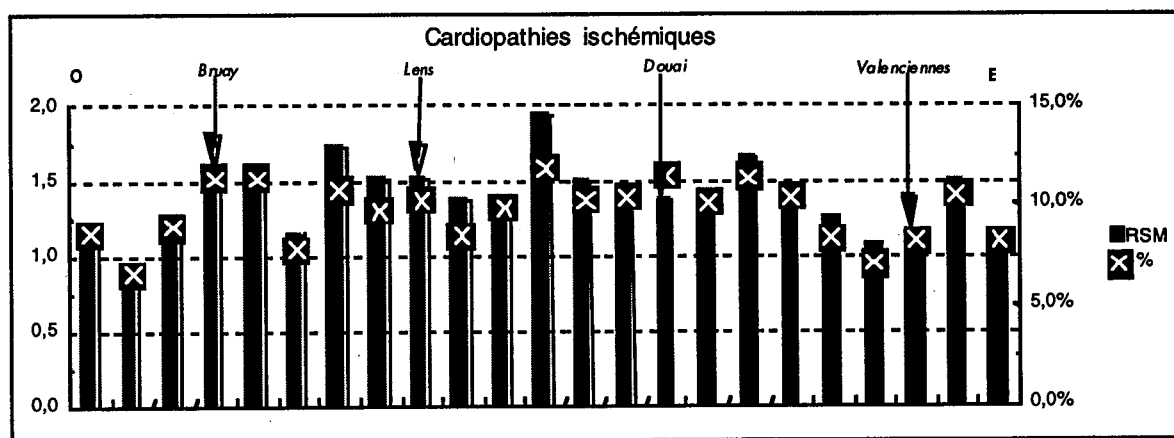
LES CARDIOPATHIES ISCHEMIQUES

Elles ont représenté 3 275 décès dans le Bassin houiller, entre 1988 et 1992, soit 33,3 % des décès par cette cause dans la région. Le Rsm local est de 1,33, celui de la région de 1,30.

Sur la carte, aucune circonscription ne se caractérise par des Rsm inférieurs à 1 (sous-mortalité) et atteignant la signification. Il semble se constituer une poche de surmortalité (au-delà de 1,44) autour de Lens - Liévin, mais la coupe permet de constater qu'il s'agit plutôt d'un plateau de surmortalité partant de Nœux-les-Mines jusqu'à Douai sud.

Coupe ouest-est du Bassin houiller

Décès par cardiopathie ischémique entre 1988 et 1992, Rsm et % de décès



**Mortalité par cardiopathies ischémiques
chez les hommes entre 1988 et 1992.**

Ratio standardisés de mortalité.

RSM France = 1,0

RSM Région = 1,30

RSM Bassin houiller = 1,33

Ratio standardisés

— 0,87

— 1,00

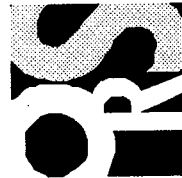
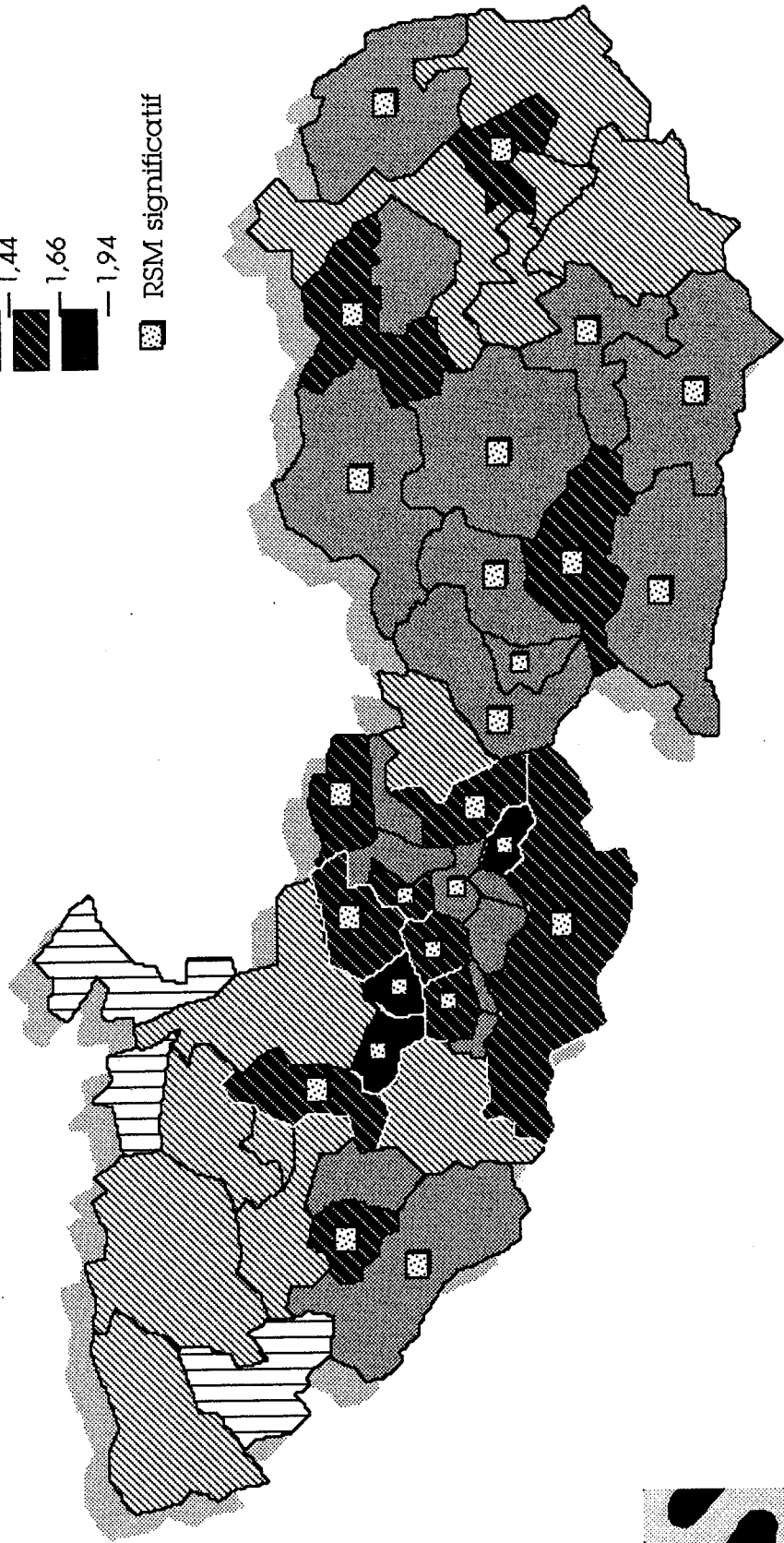
— 1,22

— 1,44

— 1,66

— 1,94

■ RSM significatif



**N O R D
PAS-DE-CALAIS**

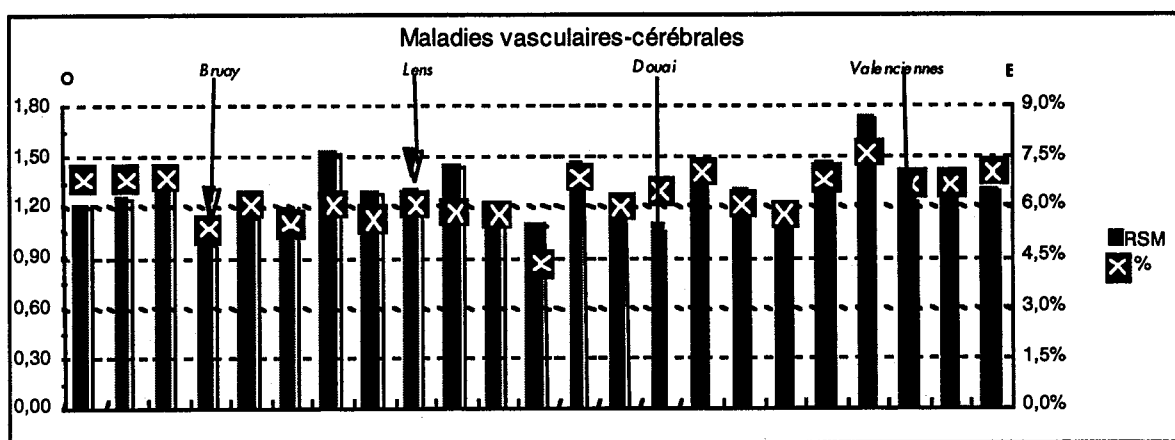
LES MALADIES VASCULAIRES-CEREBRALES

Un peu moins de 2 200 décès leur ont été attribués en cinq ans. Rapportés à la mortalité toutes causes confondues, ces décès représentent 6,4 % des décès. Le Rsm local est très proche de celui de la région : 1,27 et 1,28.

L'analyse de la carte et celle de la coupe sont peu aisées.

Coupe ouest-est du Bassin houiller

Décès par maladie vasculaire-cérébrale entre 1988 et 1992, Rsm et % de décès



Les maladies de l'appareil respiratoire

13 % de la mortalité toutes causes, 29 % du solde décès observés / décès attendus

4 405 personnes, d'après les certificats de décès, sont mortes d'une maladie de l'appareil respiratoire dans le Bassin houiller, entre 1988 et 1992. Ces décès représentent, localement, 13 % de l'ensemble des décès. Cette proportion très élevée s'accompagne localement d'une grande concentration du phénomène.

La carte met en valeur les circonscriptions les plus centrales, celles où l'habitat issu des houillères est le plus dense.

Mortalité par maladies vasculaires cérébrales
chez les hommes entre 1988 et 1992.

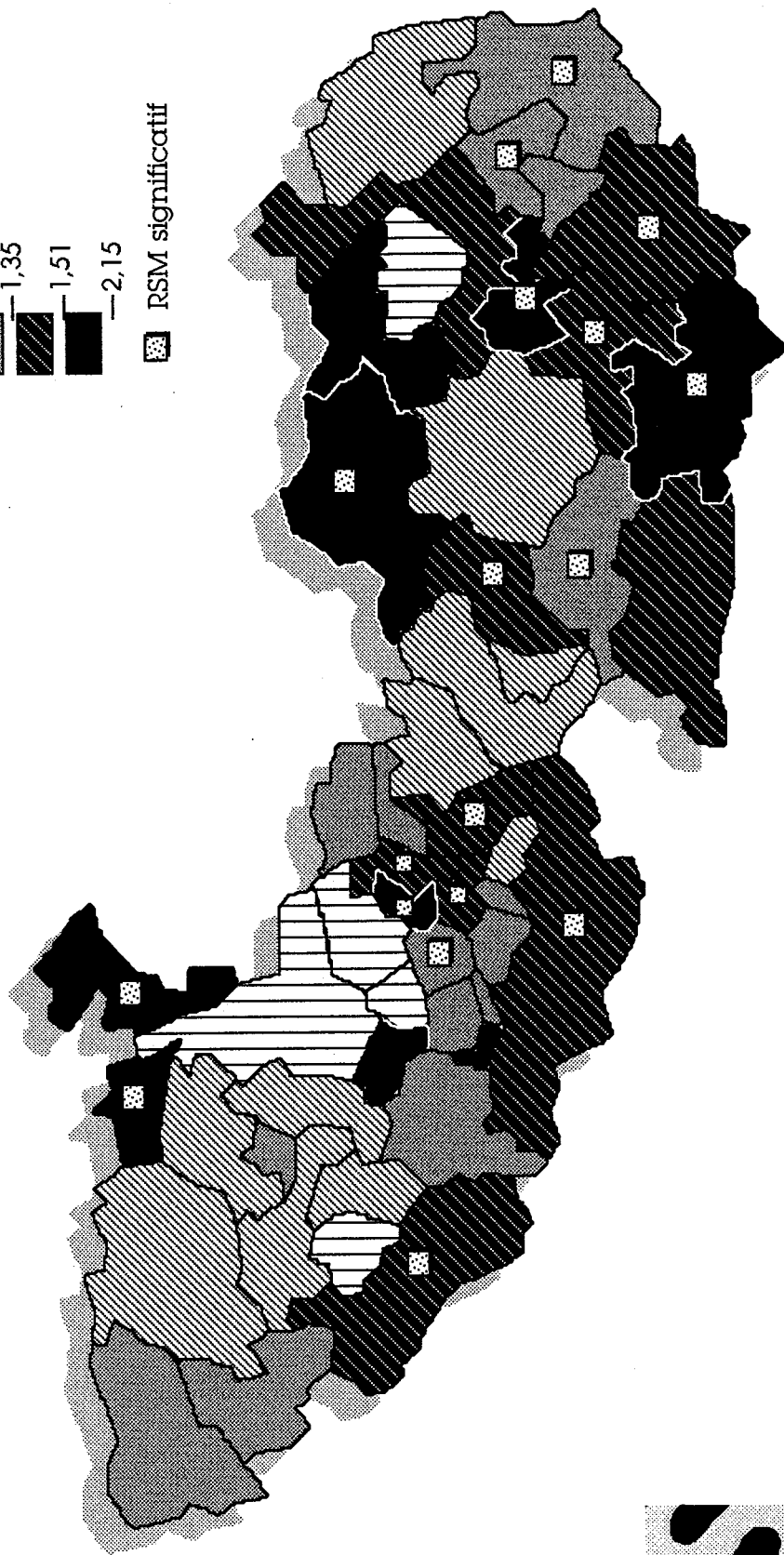
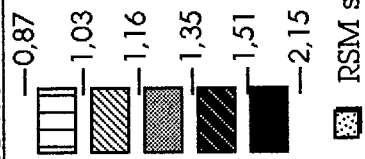
Ratios standardisés de mortalité.

RSM France = 1,0

RSM Région = 1,27

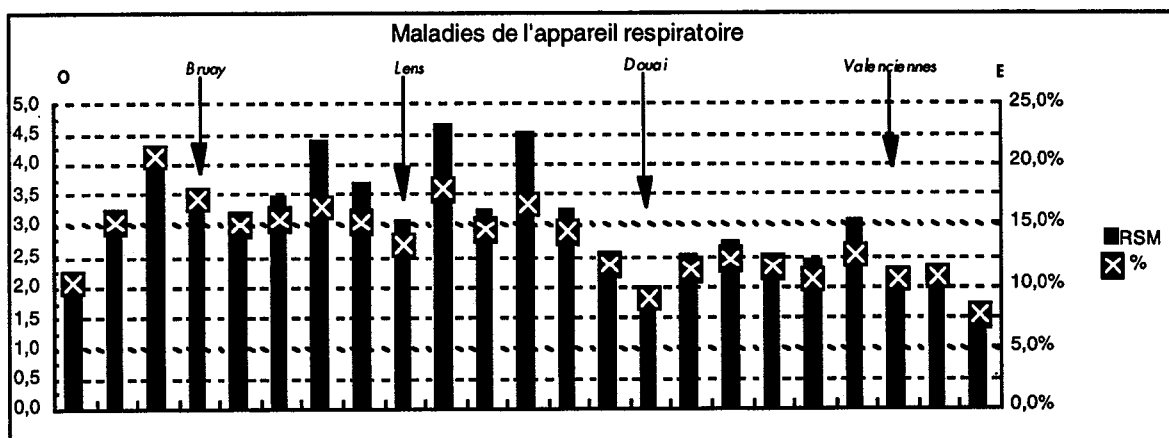
RSM Bassin houiller = 1,28

Ratios standardisés



Coupe ouest-est du Bassin houiller

Décès par maladie de l'appareil respiratoire entre 1988 et 1992, Rsm et % de décès



Sur la coupe, la surmortalité du Pas-de-Calais se lit très aisément. Les cantons où la mortalité respiratoire est la plus forte par rapport à la mortalité d'ensemble sont : Houdain (20,6 %), Barlin (20 %), Lens nord-ouest (19,4 %), Carvin (18,5 %) et Lens est (18 %).

LES BRONCHITES ET MALADIES PULMONAIRES OBSTRUCTIVES

Elles constituent un sous-groupe des précédentes, soit 28 % de celles-ci. Au total, 1 236 décès leur ont été attribués. Elles représentent donc 3,6 % de l'ensemble des décès. Il demeure donc une surmortalité par bronchite et maladie pulmonaire obstructive, caractéristique du Bassin houiller. Par rapport à la France, le Rsm local est de 1,87, celui de la région étant de 1,61.

Sur la carte, deux « nappes » de surmortalité sont identifiables. La première couvre un large secteur situé dans le Pas-de-Calais, partant de Laventie/Bully-les-Mines à l'ouest, et atteignant Carvin et Rouvroy ; la seconde collection se situe dans le Nord et couvre une diagonale sud-ouest/nord-est, partant de Bouchain pour rejoindre Condé-sur-Escaut. Aucune sous-mortalité significative n'est à signaler.

La coupe permet, d'une part, de retrouver ces deux ensembles et, d'autre part, d'observer de plus nettes surmortalités se localisant

Mortalité par maladies de l'appareil respiratoire
chez les hommes entre 1988 et 1992.

Ratios standardisés de mortalité.

RSM France = 1,0

RSM Région = 1,8

RSM Bassin houiller = 2,71

Ratios standardisés

— 1,05



— 1,35



— 1,65



— 1,95

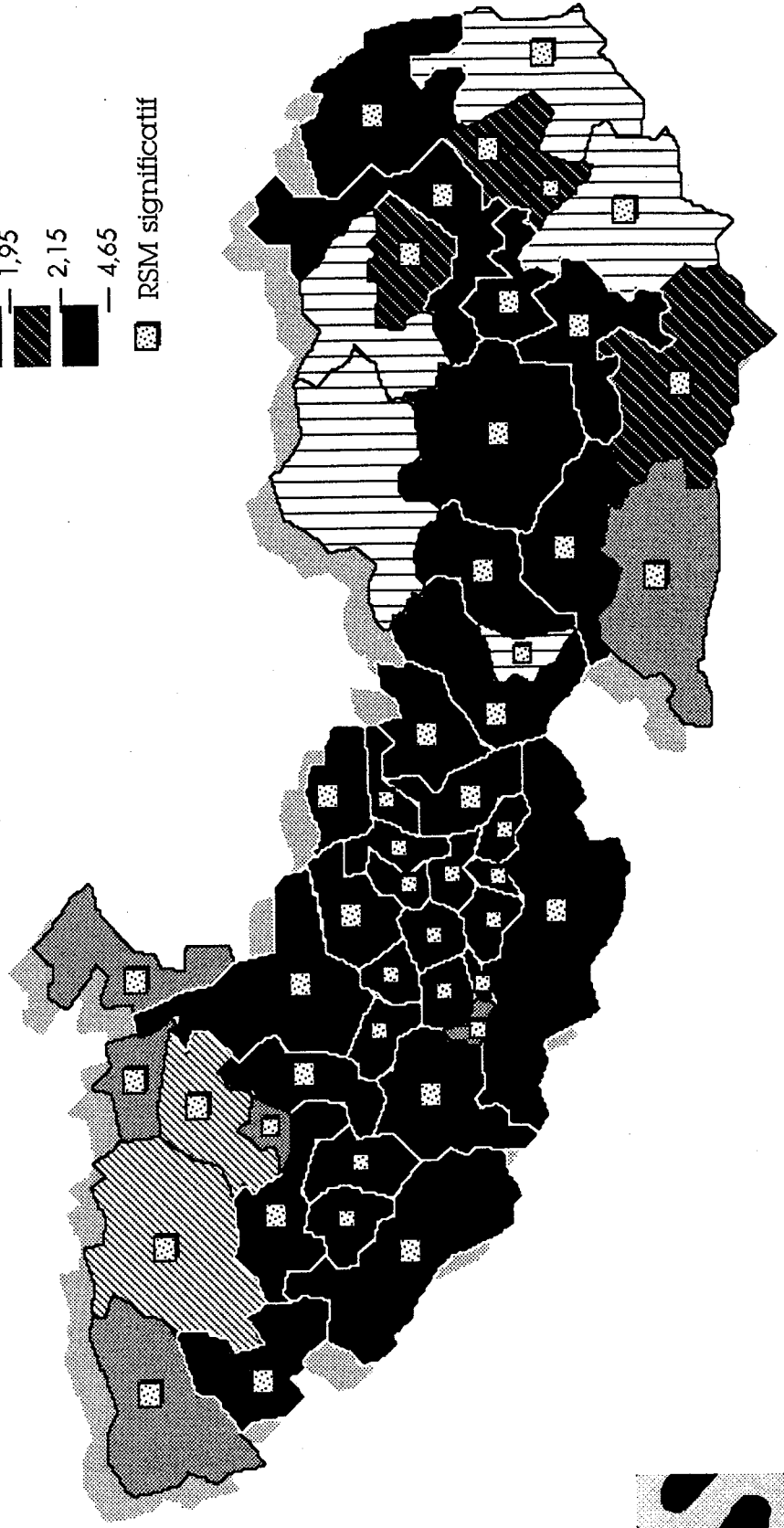


— 2,15



— 4,65

■ RSM significatif



Mortalité par bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives chez les hommes entre 1988 et 1992.

Ratios standardisés de mortalité.

RSM France = 1,0

RSM Région = 1,61

RSM Bassin houiller = 1,87

Ratios standardisés

— 0,31



— 0,86



— 1,36



— 1,86



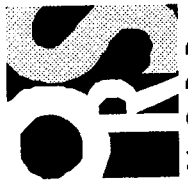
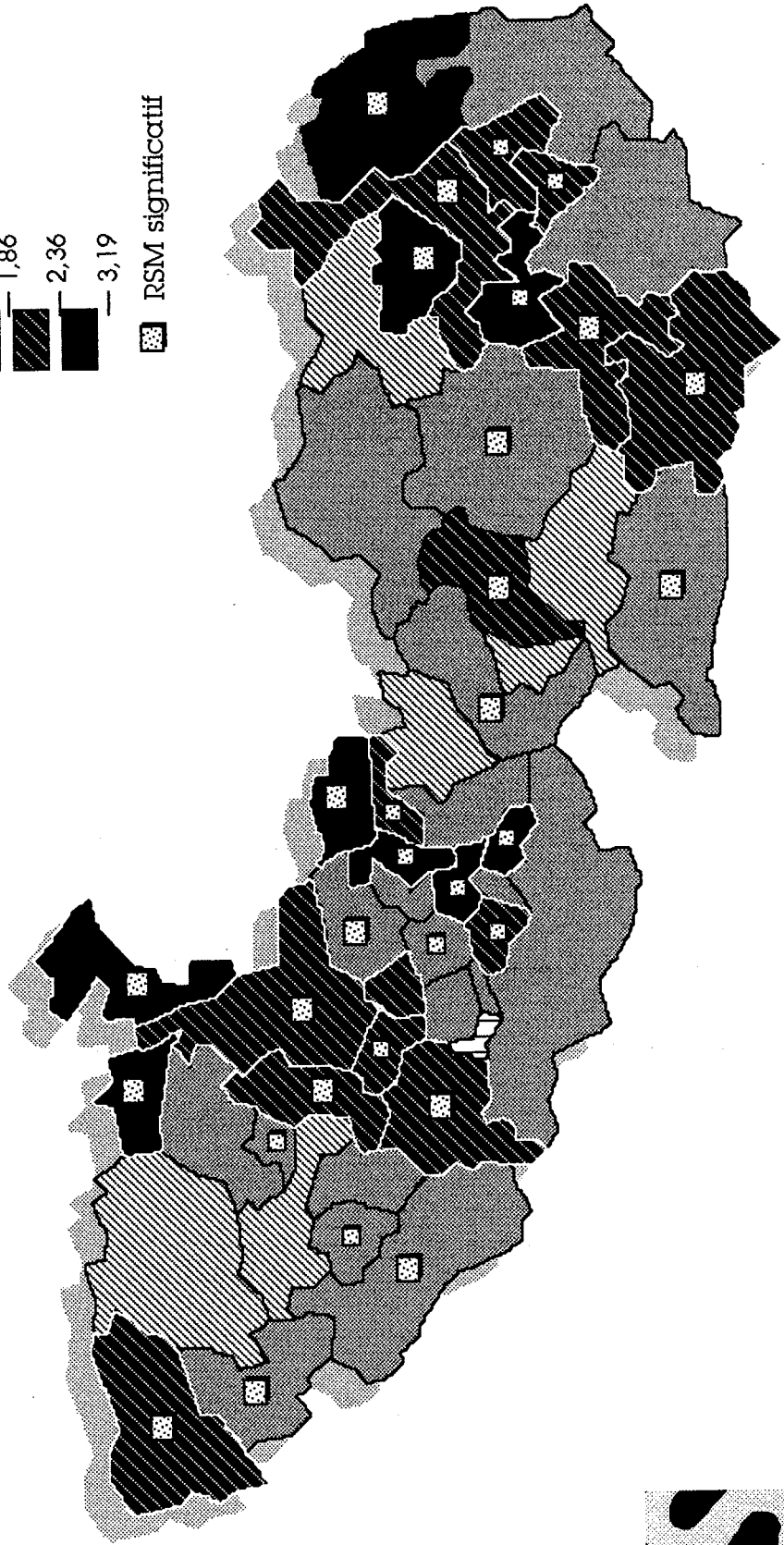
— 2,36



— 3,19



RSM significatif

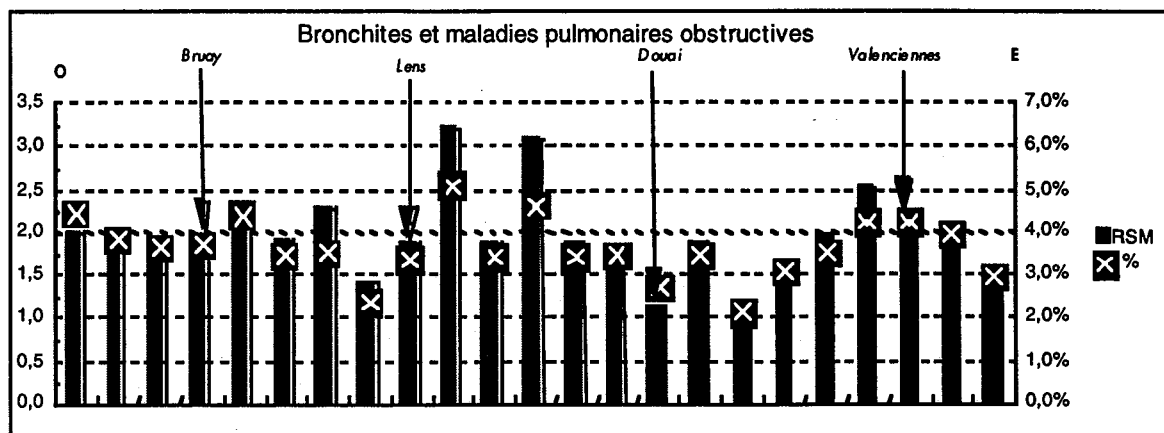


N O R D
PAS-DE-CALAIS

dans le département du Pas-de-Calais, entre Lens et la limite départementale.

Coupe ouest-est du Bassin houiller

Décès par bronchite et maladie pulmonaire obstructive entre 1988 et 1992, Rsm et % de décès



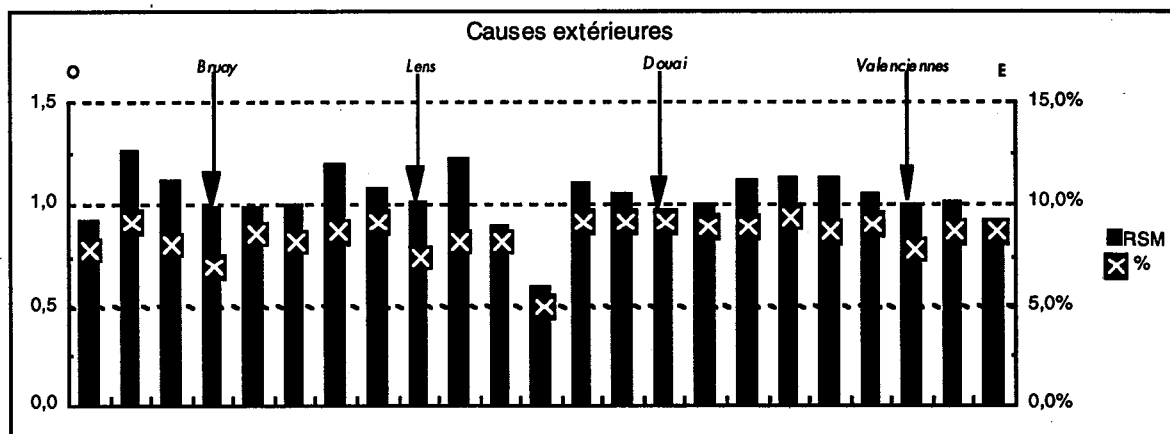
Les causes extérieures

8 % de la mortalité toutes causes, 10 % du solde décès observés / décès attendus

Les causes extérieures sont responsables de 9 % de la mortalité dans le Bassin houiller. Pour la première fois, sur la coupe, des collections de sous-mortalité peuvent être observées. Seules, quelques circonscriptions isolées sont affectées, ponctuellement, de Rsm dépassant 1. En effet, le Rsm local en est très proche : il est de 1,06, celui de la région est de 1,01.

Coupe ouest-est du Bassin houiller

Décès par l'ensemble des causes extérieures entre 1988 et 1992, Rsm et % de décès



LES SUICIDES

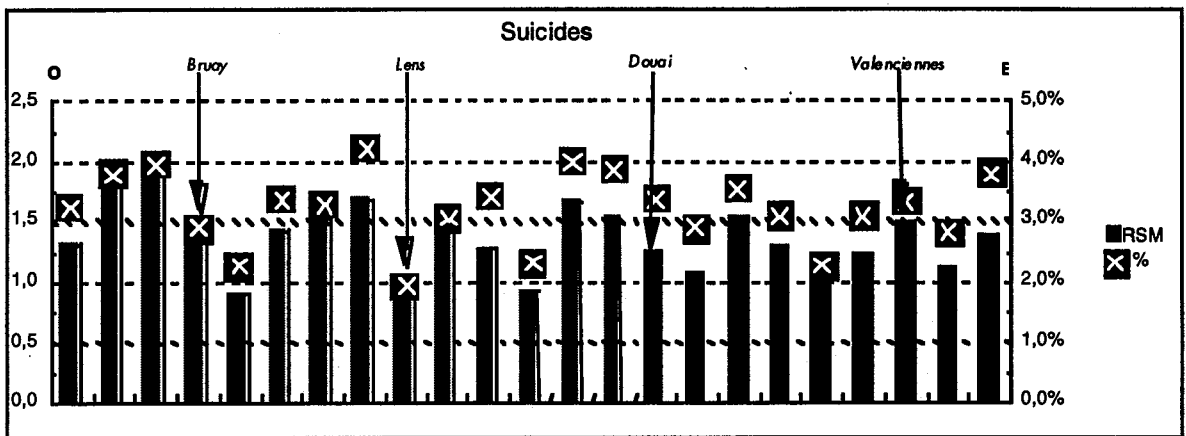
3 % de la mortalité toutes causes, 3 % du solde décès observés / décès attendus

Les suicides sont responsables de cette légère surmortalité locale relevée pour l'ensemble des causes extérieures. En effet, ils y contribuent pour plus de 37 % ; 1 141 décès leur ont été attribués entre 1988 et 1992.

Le Rsm du Bassin houiller est anormalement élevé : 1,35 contre 1,27 pour l'ensemble de la région³. La contribution locale des suicides à la mortalité totale est de 3,3 %.

Coupe ouest-est du Bassin houiller

Décès par suicide entre 1988 et 1992, Rsm et % de décès



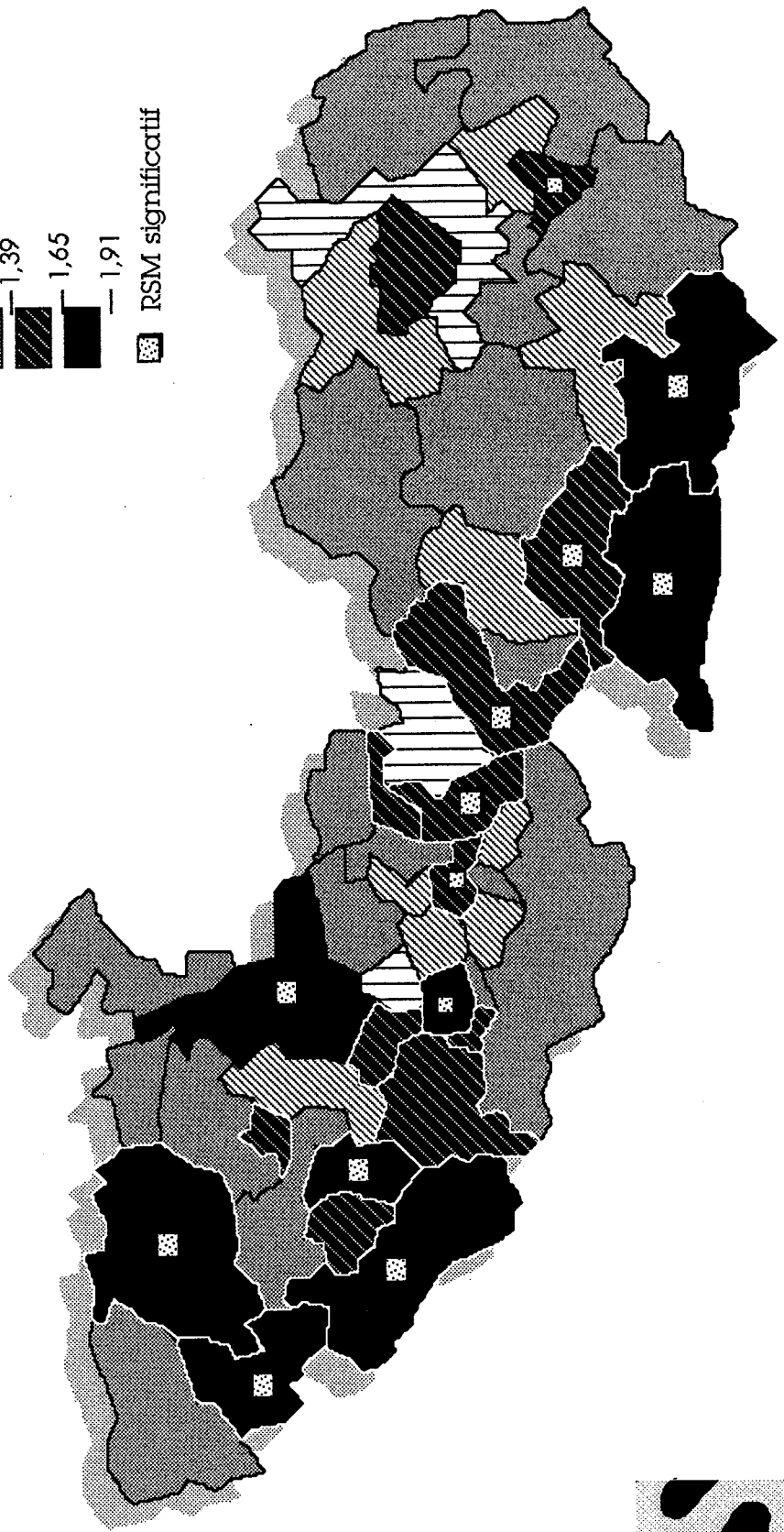
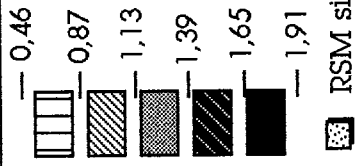
Sur la carte, on ne relève aucune circonscription marquée d'une sous-mortalité significativement différente de la mortalité française. Cette absence de Rsm bas et significatif est tout à fait anormale. En effet, la mortalité par suicide caractérise surtout les personnes âgées vivant en milieu rural. Or, on ne peut dire que le Bassin houiller soit, par rapport à la moyenne française, un territoire où une telle population réside, bien au contraire (voir la partie *Un milieu et des habitants aujourd'hui*). On constate donc qu'une franche mortalité s'étend sur un espace qui devrait porter en grand nombre des aires de sous-mortalité. Certes, les Rsm

³ Si l'on retranchait les décès par suicide du Bassin houiller, le Rsm régional, sans le Bassin houiller, serait de 1,23.

**Mortalité par suicide
chez les hommes entre 1988 et 1992.**
Ratios standardisés de mortalité.

RSM France = 1,0
RSM Région = 1,27
RSM Bassin houiller = 1,35

Ratios standardisés



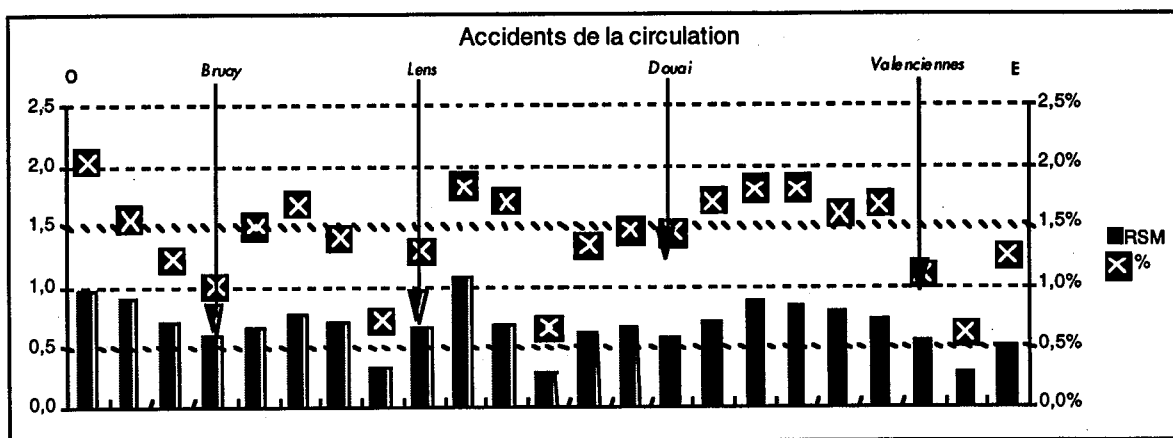
extrêmes, au-delà de 1,65, se situent vers la périphérie du territoire d'étude, en des secteurs où populations urbaine et rurale cohabitent (Lillers, Auchel, Houdain, Arleux, Bouchain). Mais il n'en demeure pas moins que les circonscriptions de Barlin, Liévin, Lens est, Hénin-Beaumont, Douai nord, Douai sud et Valenciennes sont affectées de surmortalités dépassant 1,39 et significativement différentes de la mortalité moyenne française.

LES ACCIDENTS DE LA CIRCULATION

Ils sont particulièrement peu nombreux et peu fréquents. 515 décès leur ont été attribués, soit 1,5 % de la mortalité globale. Le Rsm local est de 0,67, celui de la région de 0,64.

Coupe ouest-est du Bassin houiller

Décès par accident de la circulation entre 1988 et 1992, Rsm et % de décès



Les maladies de l'appareil digestif

7 % de la mortalité toutes causes, 13 % du solde décès observés / décès attendus

si cirrhoses incluses

3 % de la mortalité toutes causes, 4 % du solde décès observés / décès attendus

si cirrhoses exclues

Elles ont représenté 2 463 décès, la proportion dans l'ensemble de la mortalité atteint 7 %. Le Rsm local est de 1,79, celui de

Mortalité par maladies de l'appareil digestif chez les hommes entre 1988 et 1992.

Ratios standardisés de mortalité.

RSM France = 1,0

RSM Région = 1,55

RSM Bassin houiller = 1,79

Ratios standardisés

-0,73



1,07



1,39



1,71



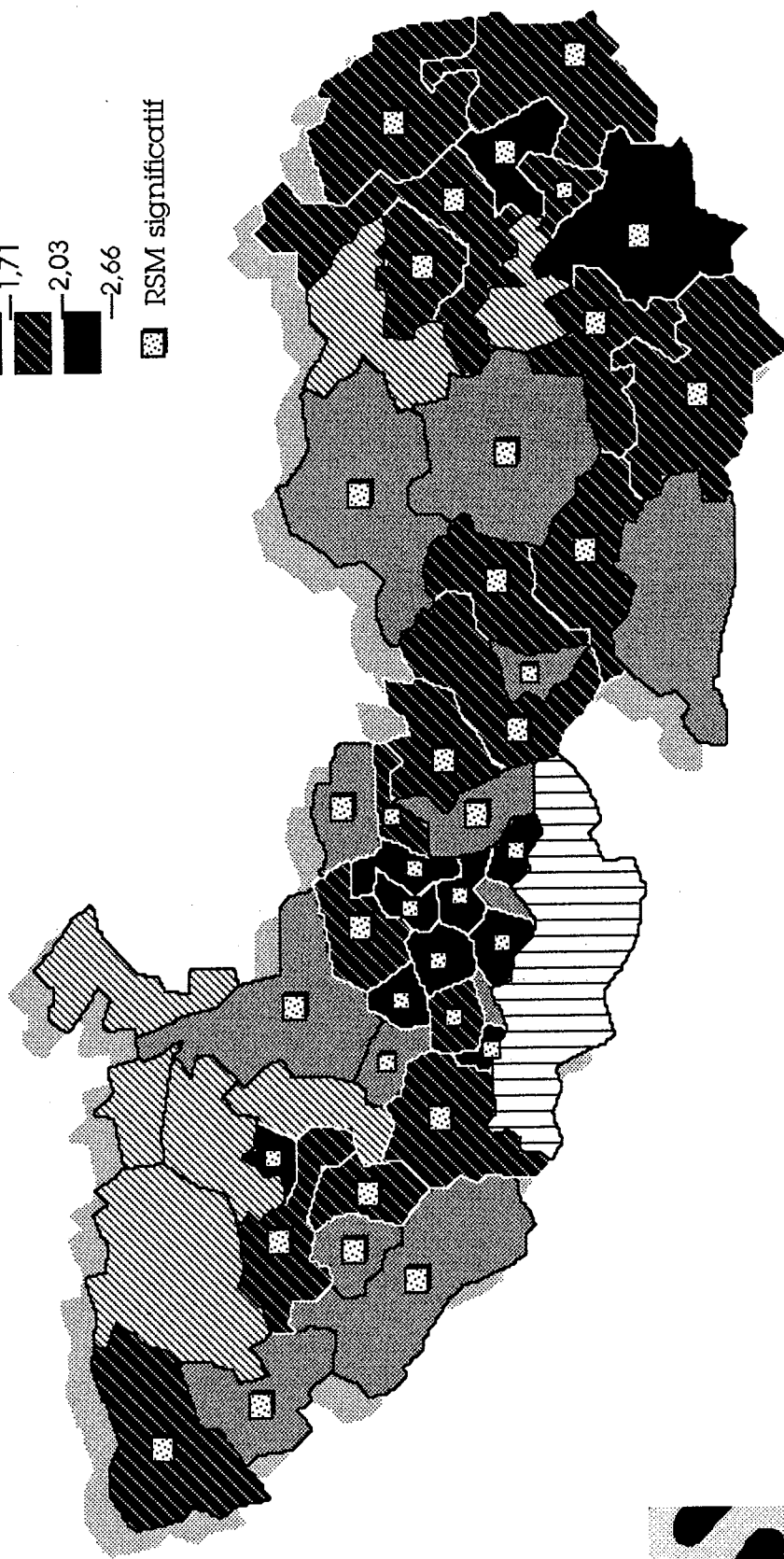
2,03



-2,66



RSM significatif



N O R D
PAS-DE-CALAIS

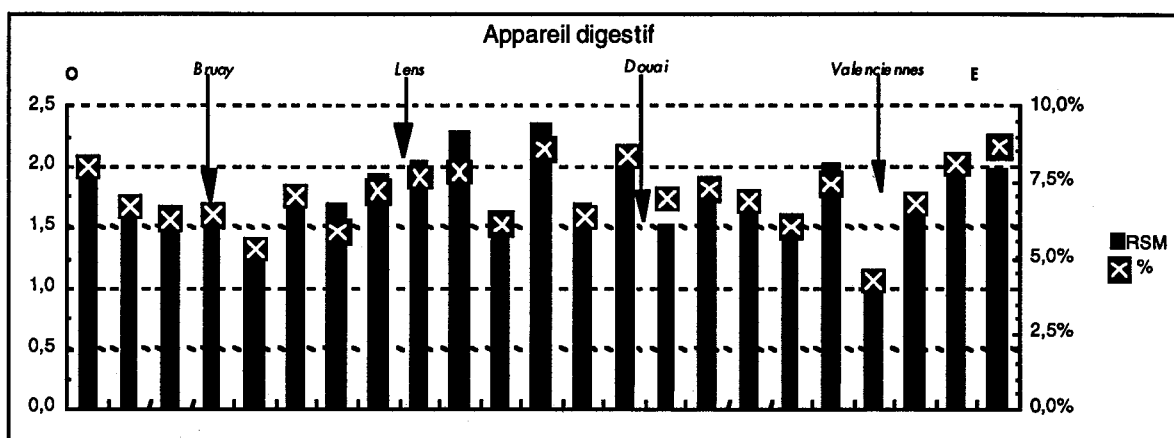
la région de 1,55. L'essentiel de ces morts (75 %) repose sur un seul diagnostic : les cirrhoses alcooliques et sans précision.

Sur la carte, le secteur de Lens - Liévin et les cantons d'Anzin et Valenciennes sud apparaissent comme les secteurs les plus touchés. Les Rsm y dépassent la valeur de 2. Aucune sous-mortalité significativement proche de la mortalité française ne peut être observée.

Sur la coupe, une nette ondulation des Rsm est identifiable entre Lens et Douai. Les circonscriptions extrêmes, situées à l'ouest et à l'est, portent des Rsm élevés dépassant 2.

Coupe ouest-est du Bassin houiller

Décès par maladie de l'appareil digestif entre 1988 et 1992, Rsm et % de décès



Les décès liés à l'alcool

5 % de la mortalité toutes causes, 10 % du solde décès observés / décès attendus

Cette famille de décès regroupe les pathologies dont la survenue, puis le décès, ne peuvent être qu'exclusivement liés à l'alcool⁴.

⁴ Le cas des tumeurs malignes des voies aérodigestives, abordé précédemment, se situe à la limite de notre définition puisque, certes, la consommation d'alcool est un puissant facteur de risque pour ces cancers, mais cette consommation est classiquement associée au tabagisme.

**Mortalité attribuable à l'Alcool (cirrhoses et psychoses alcooliques)
chez les hommes entre 1988 et 1992.**

Ratios standardisés de mortalité.

RSM France = 1,0

RSM Région = 1,7

RSM Bassin houiller = 2,0

Ratios standardisés

— 0,45

— 1,10

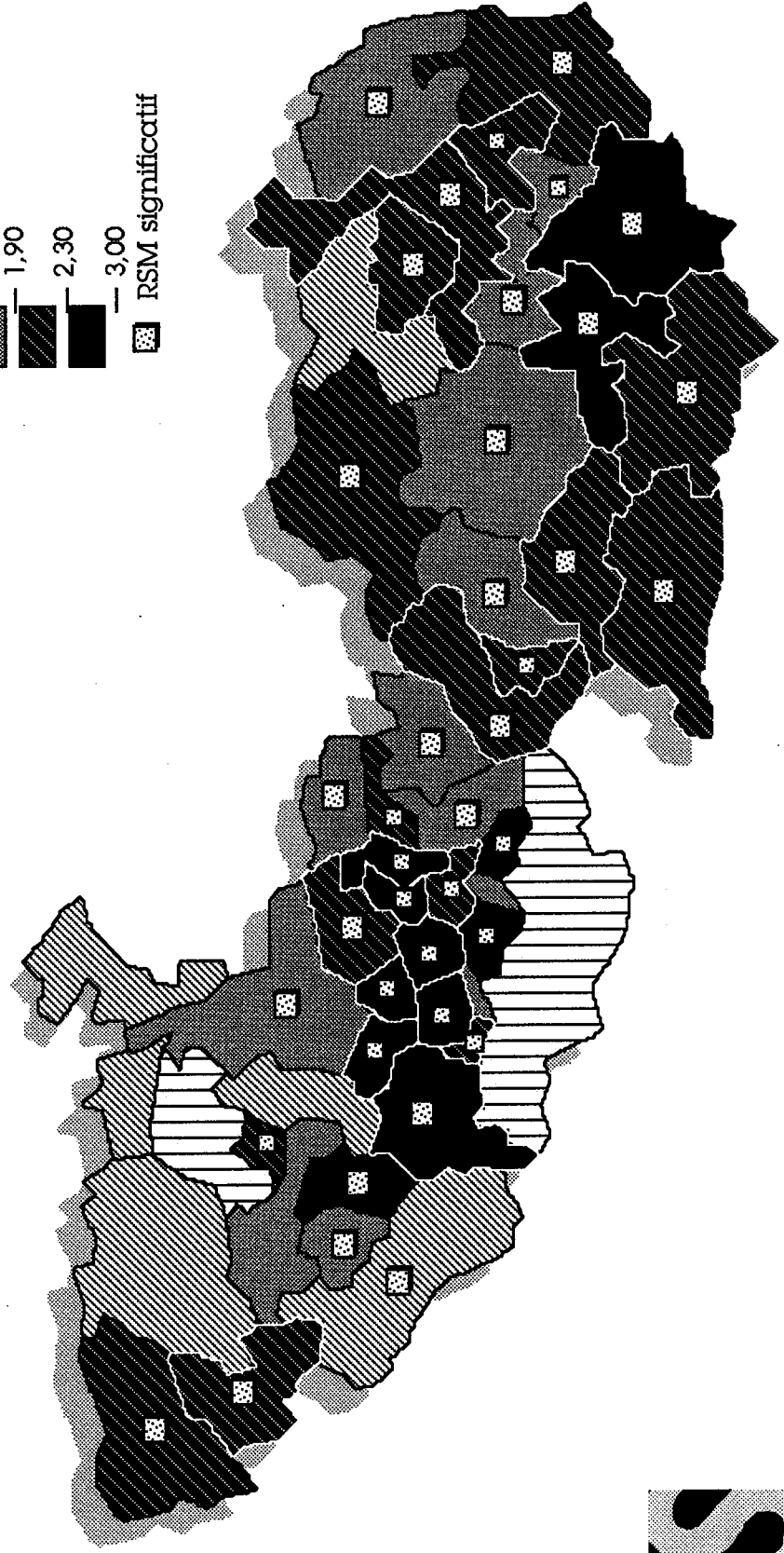
— 1,50

— 1,90

— 2,30

— 3,00

— RSM significatif



L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Les indicateurs masculins

Elle se compose des cirrhoses (77 %) et des psychoses alcooliques (23 %).

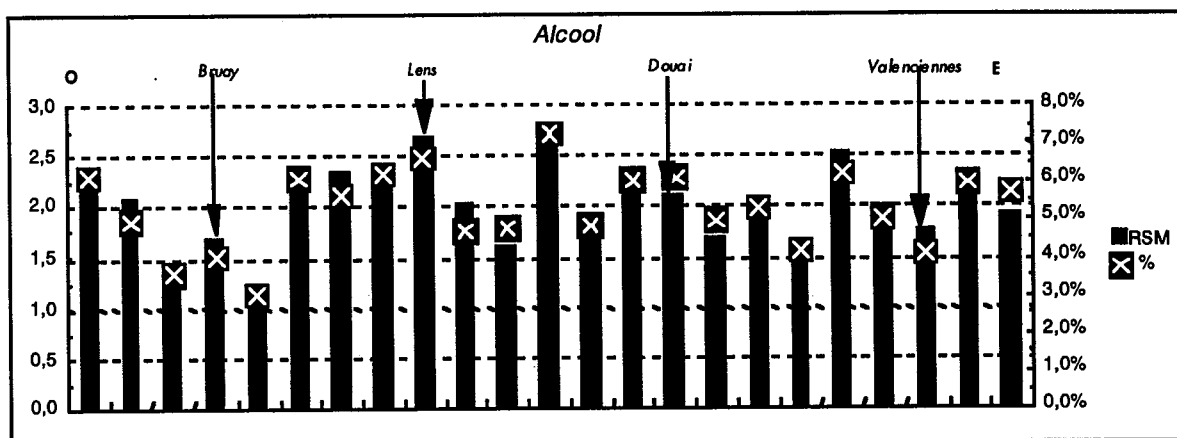
Au total, 1 833 décès directement imputables à une consommation immodérée d'alcool ont été enregistrés.

Le Rsm local est de 1,99 tandis que celui de la région est de 1,7. Ici, le Bassin houiller joue bien un rôle de « centre de gravité » par rapport à la mortalité régionale. Si l'on retire les cantons houillers de la région et que l'on calcule le Rsm du reste de la région, le Rsm obtenu n'atteint plus « que » la valeur de 1,57.

Sur la carte et sur la coupe réapparaissent non seulement la surmortalité d'ensemble, mais aussi les ondulations relevées précédemment entre Lens et Douai (en prenant ici une disposition plus étendue en direction de Barlin et Bully-les-Mines), et aux confins occidentaux et orientaux du territoire. Une aire de surmortalité relativement marquée, au-dessus de 1,9, s'étend dans la grande périphérie de Valenciennes. Cette localisation de la surmortalité masculine par cirrhose et psychose alcoolique est une nouveauté relative⁵.

Coupe ouest-est du Bassin houiller

Décès par maladie liée à l'alcool entre 1988 et 1992, Rsm et % de décès



⁵ Hypothèse avancée en 1994 dans *L'alcool dans le Nord - Pas-de-Calais*, multigr, Ors, 1994, 96p. et annexes.

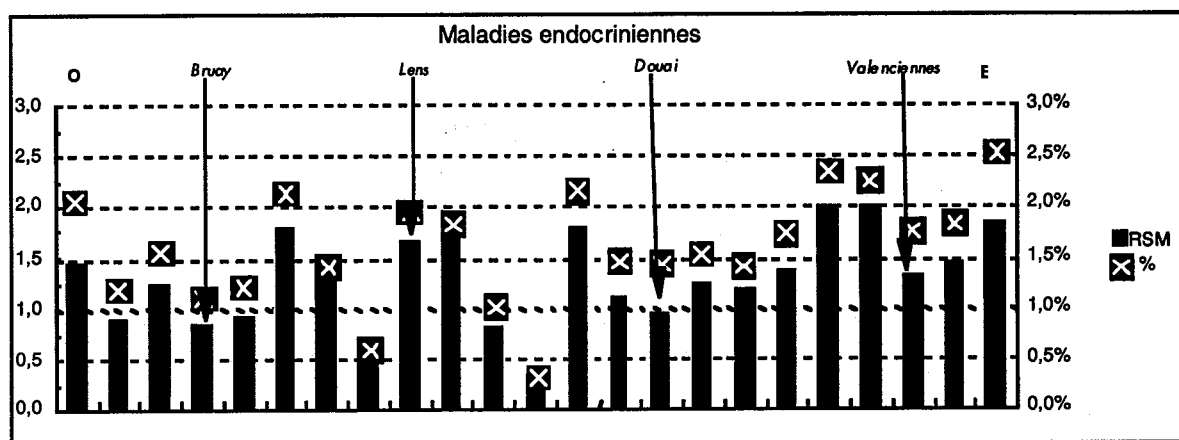
Les maladies du système endocrinien

2 % de la mortalité toutes causes, 1 % du solde décès observés / décès attendus

Les maladies du système endocrinien sont relativement rares : 557 cas ont été signalés pour avoir été responsables d'un décès. Le Rsm local est de 1,26, celui de la région de 1,28. On ne relève aucune sous-mortalité significative. La répartition des circonscriptions portant des Rsm significatifs (voir carte et coupe) ne laisse pas apparaître de phénomène de polarisation marquée. Le Valenciennois ne compte pas assez de Rsm significatifs pour que l'on puisse évoquer l'apparition d'une surconcentration locale.

Coupe ouest-est du Bassin houiller

Décès par maladie du système endocrinien entre 1988 et 1992, Rsm et % de décès



Les maladies infectieuses

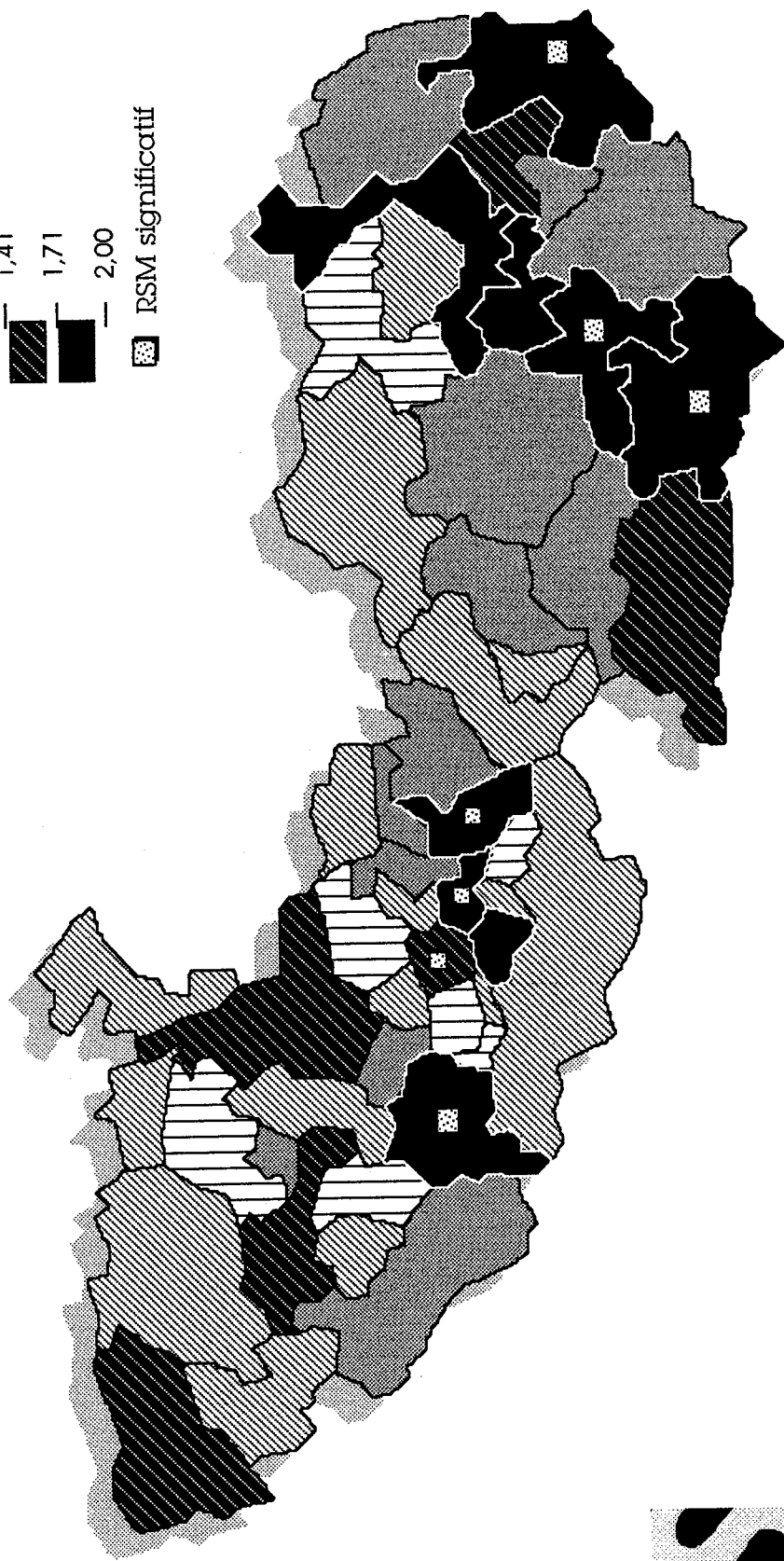
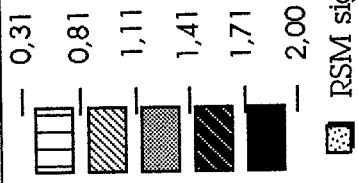
1 % de la mortalité toutes causes, 0 % du solde décès observés / décès attendus

Les maladies infectieuses sont, dans le Bassin houiller, d'une rareté exceptionnelle. Les Rsm local et régional sont de 0,79.

**Mortalité par maladies endocriniennes
chez les hommes entre 1988 et 1992.**
Ratios standardisés de mortalité.

RSM France = 1,0
RSM Région = 1,26
RSM Bassin houiller = 1,28

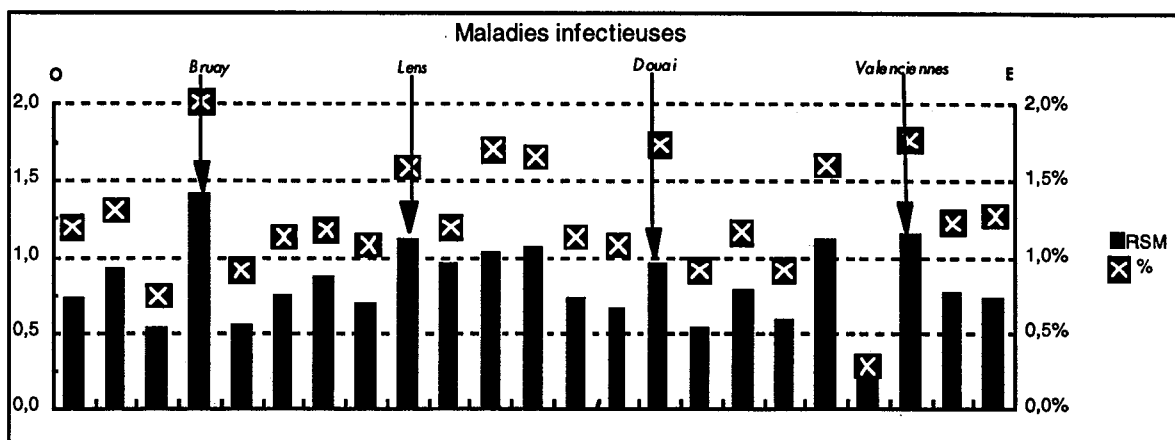
Ratios standardisés



L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Les indicateurs masculins

Coupe ouest-est du Bassin houiller

Décès par maladie infectieuse entre 1988 et 1992, Rsm et % de décès

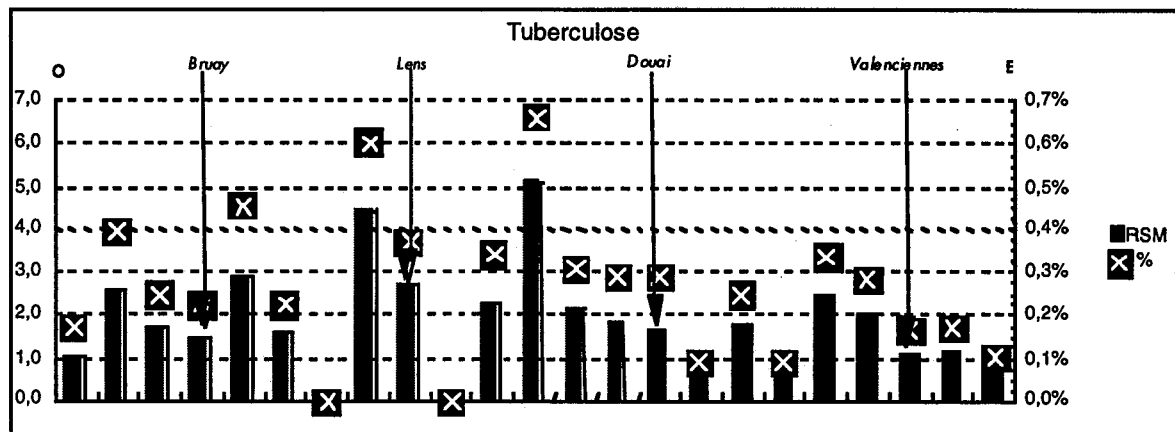


LA TUBERCULOSE

Ces décès sont trop peu nombreux pour qu'il soit possible de porter un commentaire.

Coupe ouest-est du Bassin houiller

Décès par tuberculose entre 1988 et 1992, Rsm et % de décès



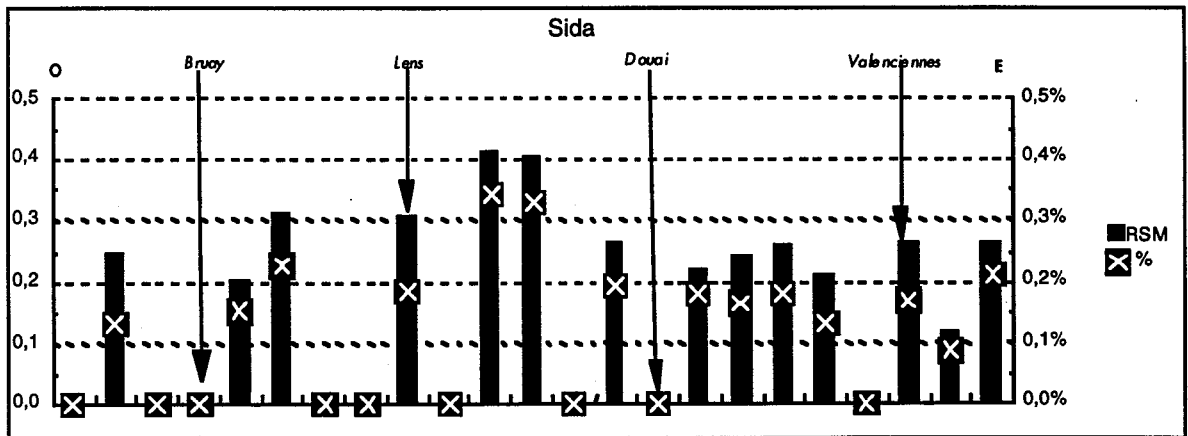
LE SIDA

Ces décès sont trop peu nombreux pour qu'il soit possible de porter un commentaire.

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Les indicateurs masculins

Coupe ouest-est du Bassin houiller

Décès par sida entre 1988 et 1992, Rsm et % de décès



SYNTHÈSE
DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES HOMMES
ÉVALUÉ PAR LES INDICATEURS DE MORTALITÉ

- Dans son ensemble, la mortalité est sensiblement plus forte dans le Bassin houiller que dans le reste de la région. Ce sont principalement les secteurs centraux, où l'habitat minier est le plus dense, qui supportent une surmortalité dépassant de 30 % la moyenne nationale.

- La surmortalité par tumeurs malignes est du même ordre que la mortalité toutes causes ; en revanche, les tumeurs des voies aérodigestives induisent une surmortalité spécifique de 87 %.

- Une part de la surmortalité des secteurs centraux du Bassin houiller provient de la mortalité par maladie de l'appareil respiratoire qui comprend la *silicose*. Cependant, les bronchites et affections apparentées contribuent, elles aussi, à la surmortalité.

- La mortalité par suicide est élevée pour une zone urbaine.

- Les accidents de la circulation et le sida sont proportionnellement plus rares que dans le reste de la France.

- Les effets de l'alcoolisation immodérée sont extraordinairement élevés. La surmortalité est de 99 % par rapport à la moyenne nationale. L'aire de surmortalité alcoolique massive touche dorénavant la périphérie de Valenciennes.

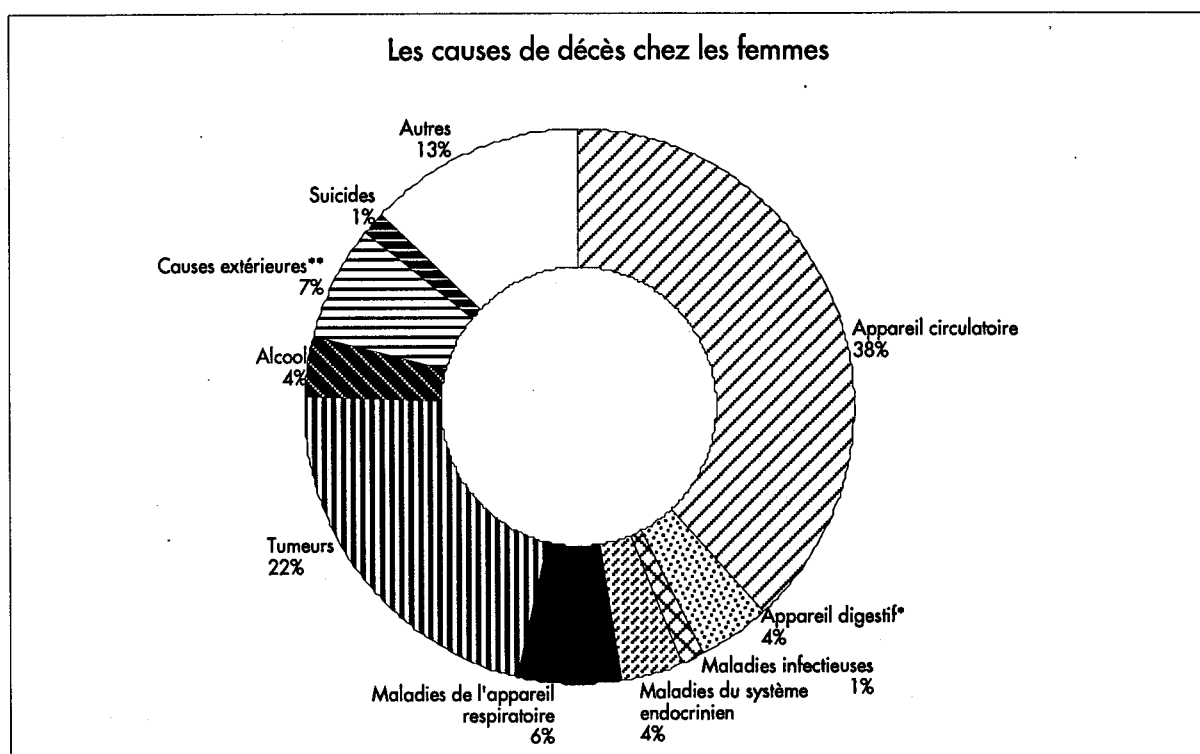
L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Les indicateurs masculins

Causes de décès	Rsm Bassin houiller	Rsm Nord - Pas-de-Calais
Toutes causes	1,35	1,25
Tumeurs malignes	1,29	1,26
Tumeurs malignes des bronches et du poumon	1,43	1,39
Tumeurs malignes des Vads	1,87	1,77
Tumeurs malignes de l'intestin	1,18	1,16
Maladies de l'appareil circulatoire	1,28	1,26
Cardiopathies ischémiques	1,33	1,30
Maladies vasculaires cérébrales	1,27	1,28
Maladies de l'appareil respiratoire	2,71	1,80
Bronchites et maladies pulmonaires obstructives	1,87	1,61
Causes extérieures	1,06	1,01
Suicides	1,35	1,27
Accidents de la circulation	0,67	0,64
Maladies de l'appareil digestif	1,79	1,55
Alcool	1,99	1,70
Maladies du système endocrinien	1,26	1,28
Maladies infectieuses	0,79	0,79
Sida	0,12	0,20

Les indicateurs féminins

Les causes de décès relevées chez les femmes présentent quelques différences avec celles des hommes. Les femmes ont une espérance de vie plus longue, elles sont moins exposées que les hommes aux risques professionnels et ont une consommation tabagique moindre. On constate que, chez elles, les tumeurs ne constituent pas la grande cause de mortalité.

Graphique C



* Les maladies de l'appareil digestif ne comprennent pas ici les cirrhoses qui ont été intégrées pour ce graphique à la catégorie *Alcool*.

** Les suicides ont été extraits de la famille « causes extérieures ».

Source : Inserm

L'ensemble des décès

Un peu plus de 29 658 décès, soit 5 930 par an, ont été enregistrés entre 1988 et 1992. Le Rsm local est plus élevé que le Rsm régional.

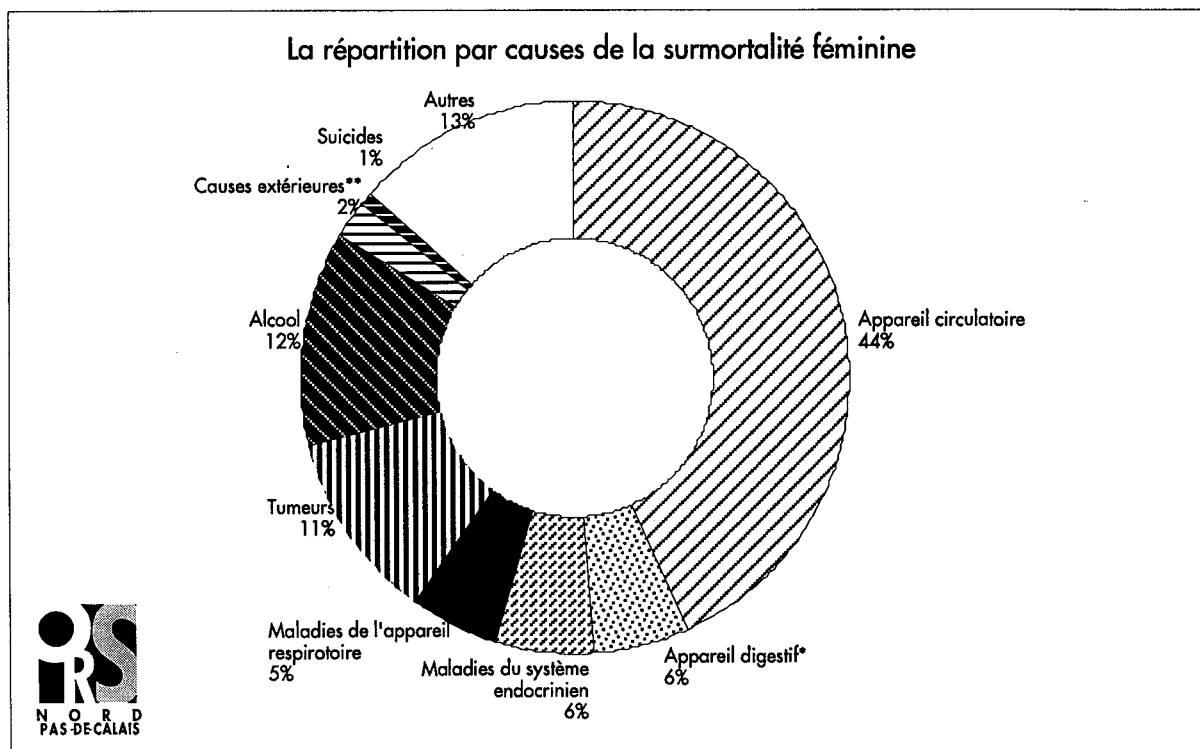
L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Les indicateurs féminins

Il atteint 1,22 contre 1,17. L'effet « centre de gravité » s'exprime, mais modérément.

Sur la carte, aucune sous-mortalité n'est portée. En plus des cantons occidentaux de Norrent-Fontes, Lillers, Auchel, Béthune nord et Nœux-les-Mines, on relève quatre autres circonscriptions éparpillées qui correspondent à des Rsm atteignant une différence significative avec la France. Seule, la commune de Douai est marquée d'un Rsm relativement bas. Cette grande commune se singularise par rapport à ses homologues (Béthune, Lens, Liévin, Hénin-Beaumont, Valenciennes) qui portent toutes de franches surmortalités.

Il apparaît, dans l'ensemble, que la grande majorité du Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais présente une forte et significative surmortalité par rapport au pays.

Graphique D



* Les maladies de l'appareil digestif ne comprennent pas ici les cirrhoses qui ont été intégrées pour ce graphique à la catégorie *Alcool*.

** Les suicides ont été extraits de la famille « causes extérieures ».

Source : Inserm

Mortalité globale (toutes causes de décès confondues)
chez les femmes entre 1988 et 1992.

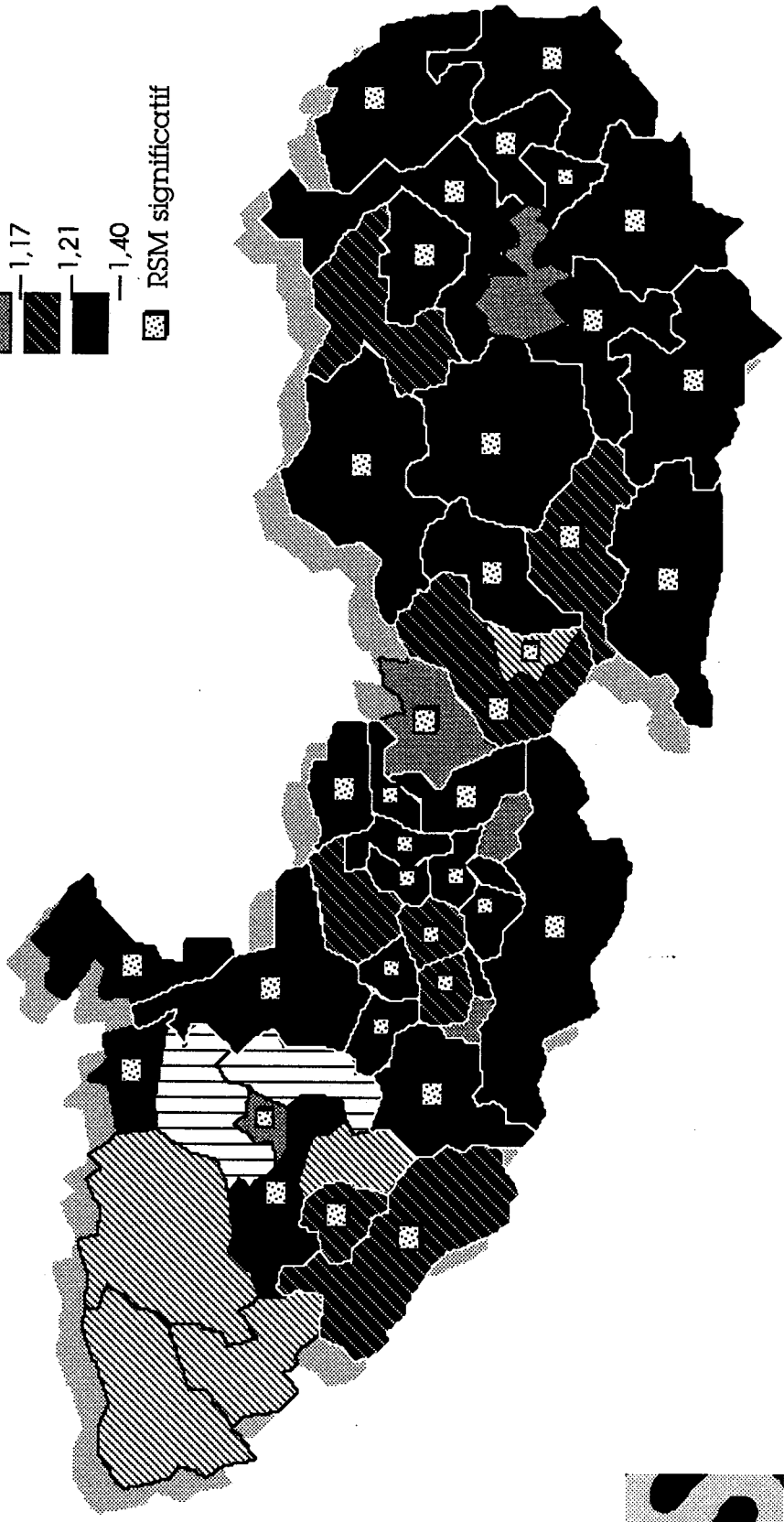
Ratios standardisés de mortalité.

RSM France = 1,0

RSM Région = 1,17

RSM Bassin houiller = 1,22

Ratios standardisés



Les maladies de l'appareil circulatoire

38 % de la mortalité toutes causes, 44 % du solde décès observés / décès attendus

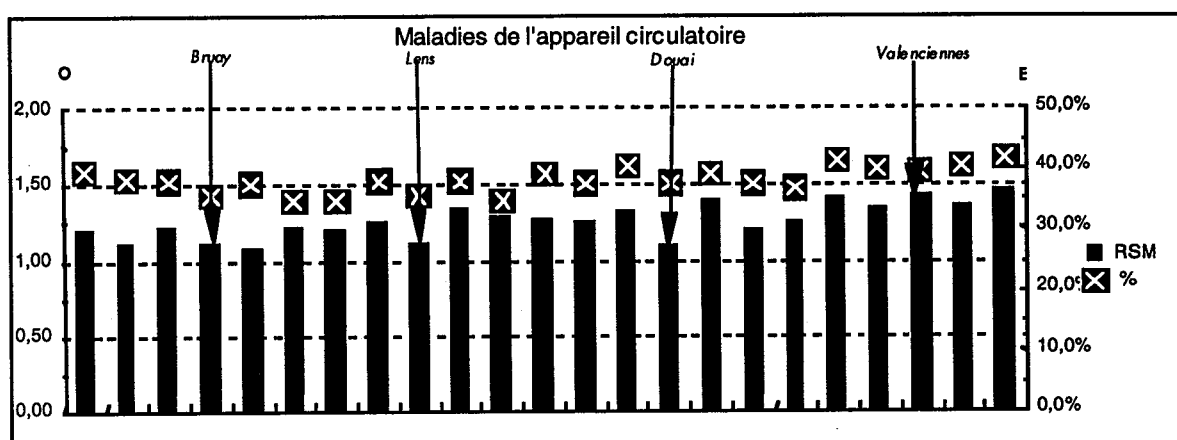
Les maladies de l'appareil circulatoire ont été responsables d'un peu plus de 9 100 décès, soit 38 % de la mortalité globale. Le Rsm local est de 1,27, celui de la région de 1,21.

Sur la carte, la même -ou quasiment la même- distribution géographique observée précédemment se retrouve : moindre mortalité dans les cantons de l'ouest et à Douai. Une diagonale sud-ouest/nord-est, partant de Douai sud jusqu'à Saint-Amand-rive-droite, recoupe le Bassin minier du département du Nord en deux parties similaires.

Sur la coupe, se dessine un léger gradient est/ouest. En effet, les plus forts Rsm se situent à la périphérie de Valenciennes et au-delà.

Coupe ouest-est du Bassin houiller

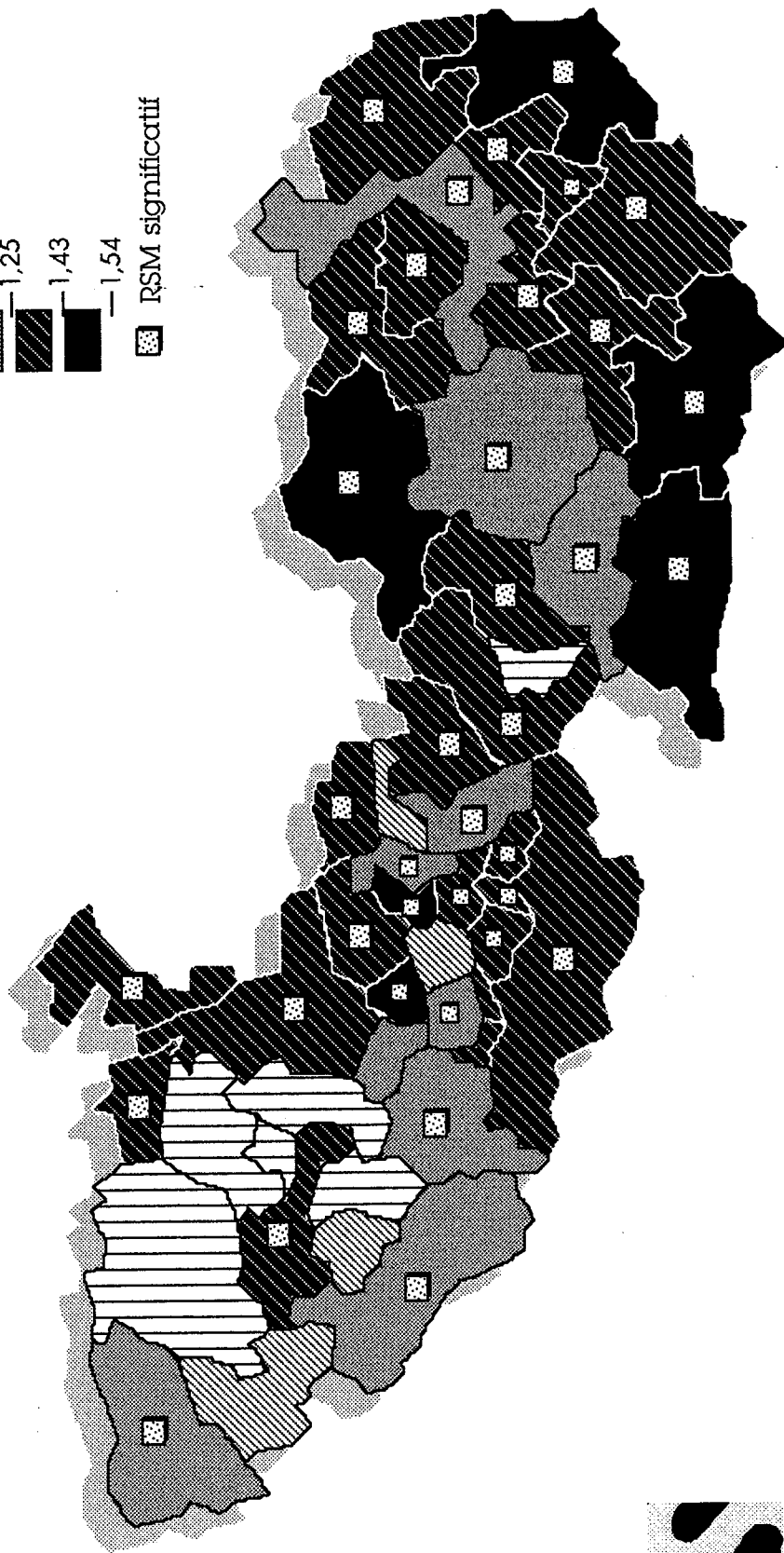
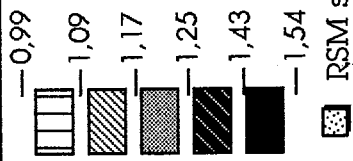
Décès par maladie de l'appareil circulatoire entre 1988 et 1992, Rsm et % de décès



Mortalité par maladie de l'appareil circulatoire
chez les femmes entre 1988 et 1992.
Ratios standardisés de mortalité.

RSM France = 1,0
RSM Région = 1,21
RSM Bassin houiller = 1,27

Ratios standardisés



LES CARDIOPATHIES ISCHEMIQUES

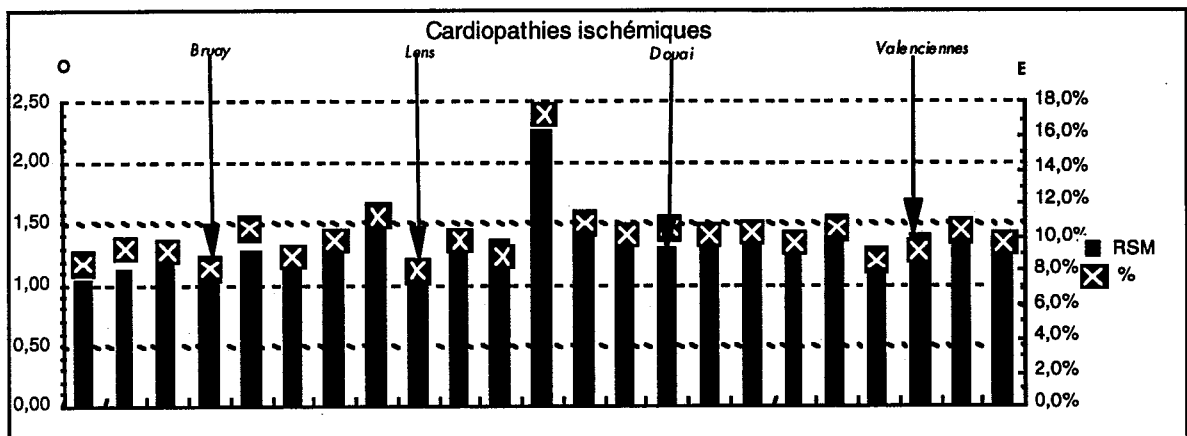
Les cardiopathies ischémiques ont causé 2 246 décès en cinq ans¹. Le Rsm du Bassin houiller est élevé : il est de 1,35, tandis que celui de la région est de 1,26.

Sur la carte, les surmortalités se concentrent plutôt dans la moitié nord du Bassin, autour de Rouvroy - Hénin-Beaumont - Courrières - Carvin pour le Pas-de-Calais, et depuis Douai ouest jusqu'à Orchies, Saint-Amand et Condé-sur-Escaut pour le Nord. Il est à noter que Valenciennes est l'autre grande commune (avec Liévin) affectée d'une surmortalité dépassant 1,40.

Sur la coupe, le gradient est/ouest n'est plus perceptible.

Coupe ouest-est du Bassin houiller

Décès par cardiopathie ischémique entre 1988 et 1992, Rsm et % de décès



LES MALADIES VASCULAIRES-CEREBRALES

Elles sont responsables de 2 892 décès entre 1988 et 1992. Le Rsm local est de 1,30, très proche de celui de la région : 1,27.

Sur la carte réapparaît la diagonale sud-ouest/nord-est déjà relevée à propos de la mortalité toutes causes. Le reste des localisations est assez éclaté et peu accessible à une description synthétique. Il en va de même pour la coupe.

¹ Soit 1 000 décès de moins chez les femmes par rapport aux hommes.

**Mortalité par cardiopathies ischémiques
chez les femmes entre 1988 et 1992.**

Ratios standardisés de mortalité.

RSM France = 1,0

RSM Région = 1,26

RSM Bassin houiller = 1,35

Ratios standardisés

0,58



0,84



1,12



1,40

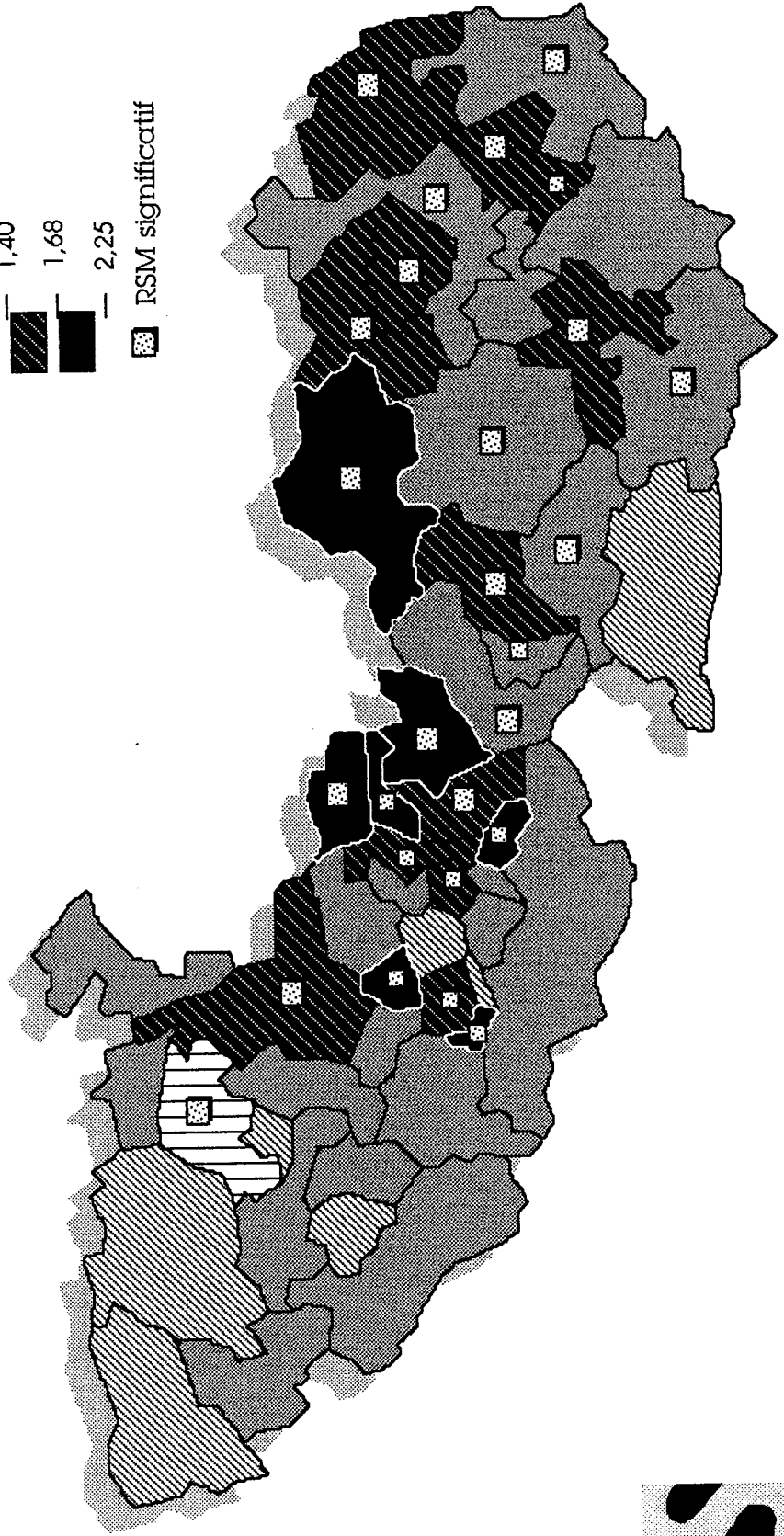


1,68



2,25

RSM significatif



Mortalité par maladies vasculaires-cérébrales
chez les femmes entre 1988 et 1992.

Ratios standardisés de mortalité.

RSM France = 1,0

RSM Région = 1,27

RSM Bassin houiller = 1,30

Ratios standardisés

0,80



1,00



1,18



1,36

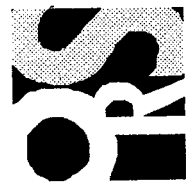
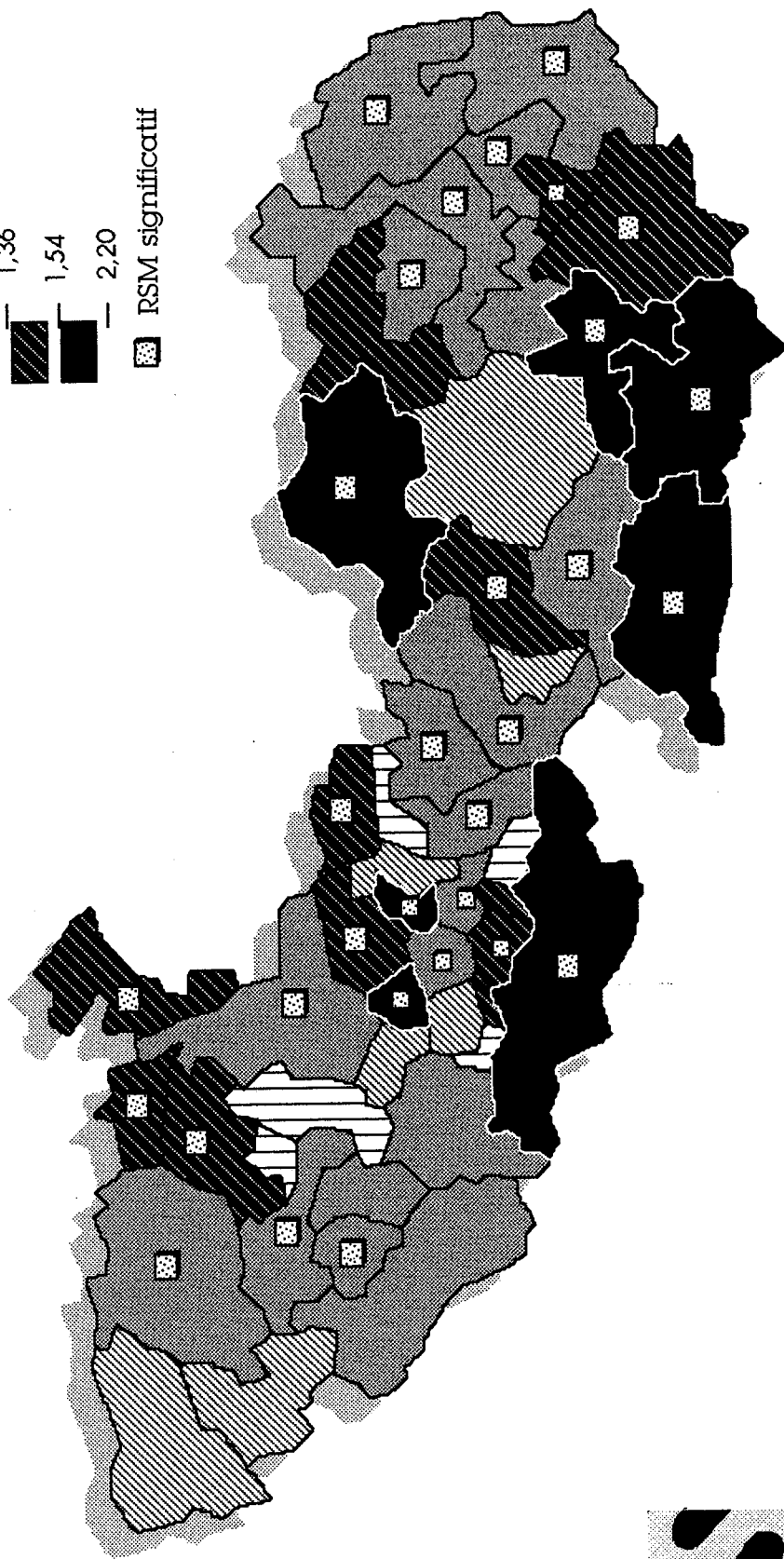


1,54



2,20

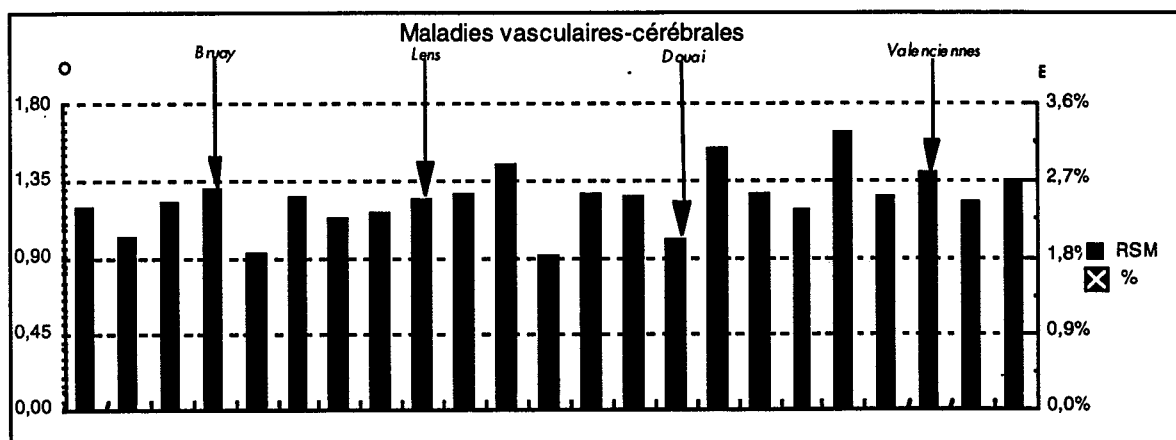
RSM significatif



N O R D
PAS-DE-CALAIS

Coupe ouest-est du Bassin houiller

Décès par maladie vasculaire-cérébrale entre 1988 et 1992, Rsm et % de décès



Les tumeurs malignes

22 % de la mortalité toutes causes, 11 % du solde décès observés / décès attendus

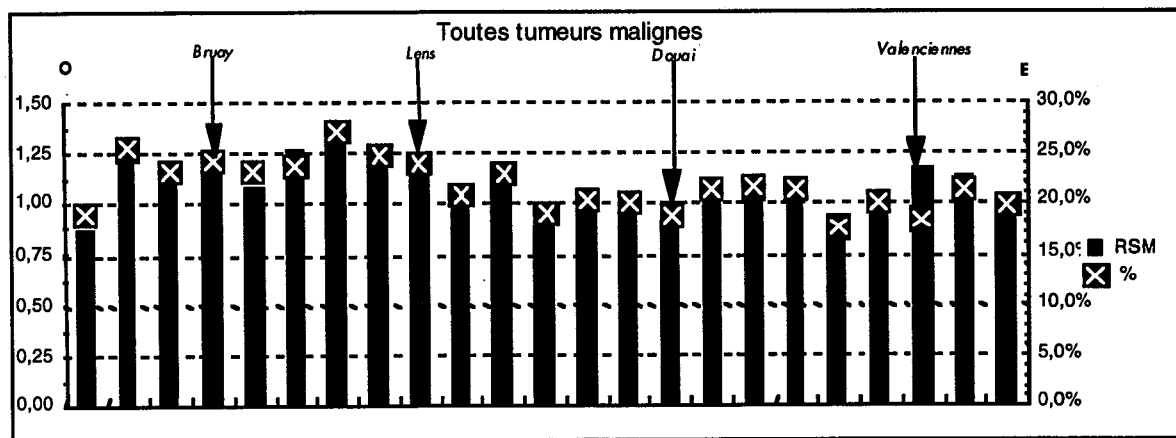
L'ensemble des tumeurs a provoqué 5 356 décès². Le Rsm local est presque identique au Rsm régional : respectivement 1,11 et 1,12.

Sur la carte, un regroupement de six circonscriptions apparaît à Lens - Liévin et au sud de ces villes. Ce regroupement se complète de localisations satellites à Harnes, Bruay-la-Buissière et Auchel.

La coupe permet de constater que les Rsm sont sensiblement plus élevés dans le Pas-de-Calais, entre Lens et Auchel.

Coupe ouest-est du Bassin houiller

Décès par l'ensemble des tumeurs entre 1988 et 1992, Rsm et % de décès



² Soit près de deux fois moins que chez les hommes.

Mortalité par tumeur maligne
chez les femmes entre 1988 et 1992.
Ratios standardisés de mortalité.

RSM France = 1,0

RSM Région = 1,12

RSM Bassin houiller = 1,11

Ratios standardisés

— 0,86



— 0,97



— 1,07



— 1,17



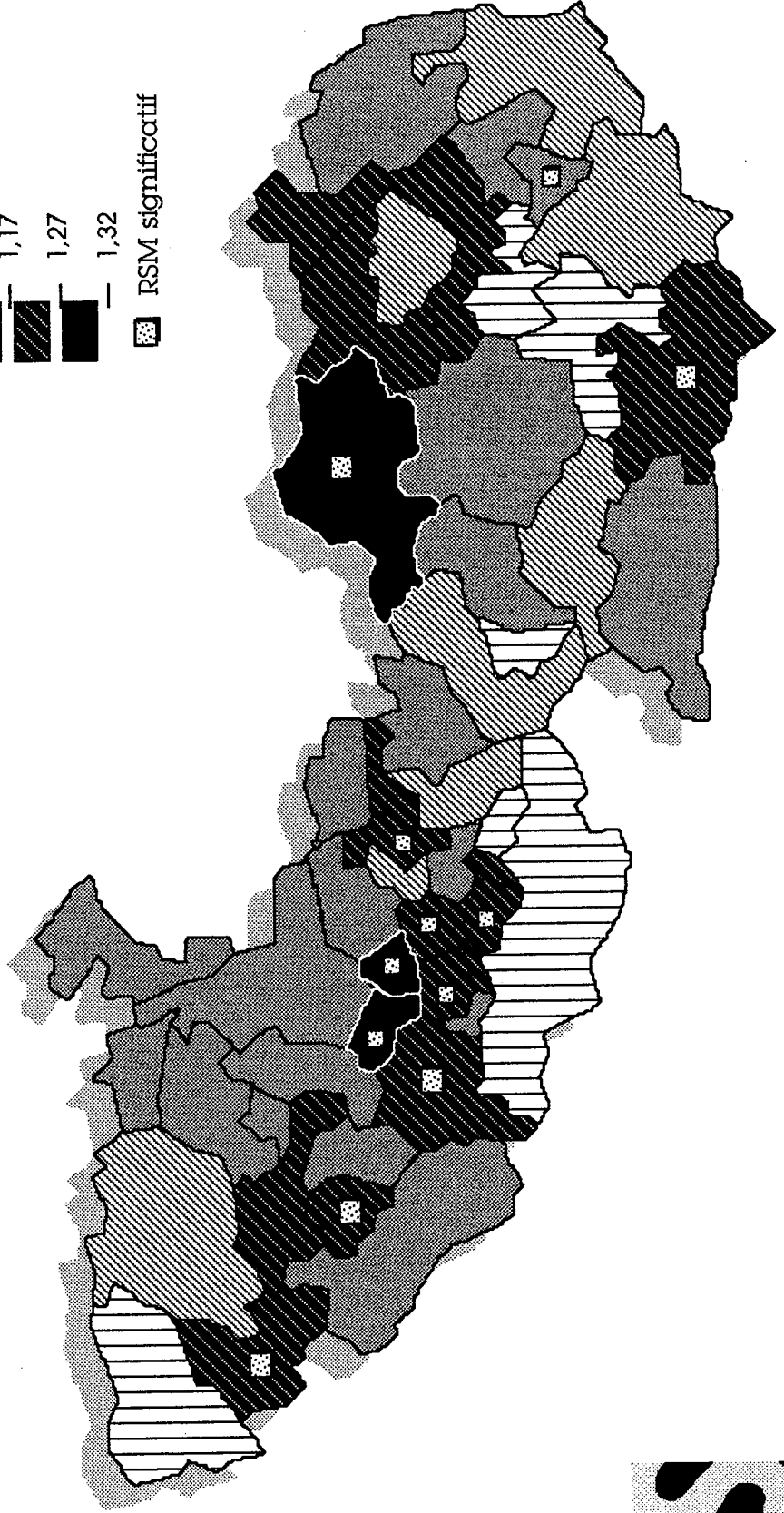
— 1,27



— 1,32



RSM significatif



N O R D
PAS-DE-CALAIS

LES TUMEURS MALIGNES DU SEIN

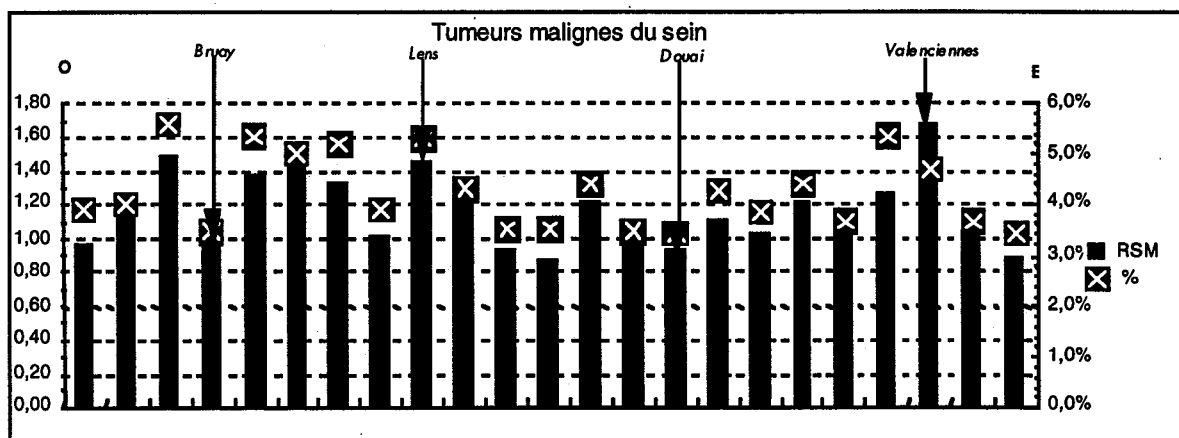
Les tumeurs malignes du sein sont la cause de 1 055 décès, soit près de 20 % de l'ensemble des cancers. Le Rsm du Bassin houiller est identique à celui de la région : 1,20.

Sur la carte, outre un alignement partant de Valenciennes vers le sud-ouest, nul regroupement notable n'est à signaler.

Sur la coupe réapparaît l'accroissement de mortalité rapporté par les Rsm des cantons situés à l'ouest de Lens.

Coupe ouest-est du Bassin houiller

Décès par tumeur maligne du sein entre 1988 et 1992, Rsm et % de décès



LES TUMEURS MALIGNES DE L'INTESTIN

766 décès leur ont été attribués. Le Rsm local est, une fois encore, très proche de celui de la région : respectivement 1,27 et 1,26.

La carte et la coupe sont inexploitable : le nombre des décès est probablement insuffisant pour que quelque phénomène se dessine.

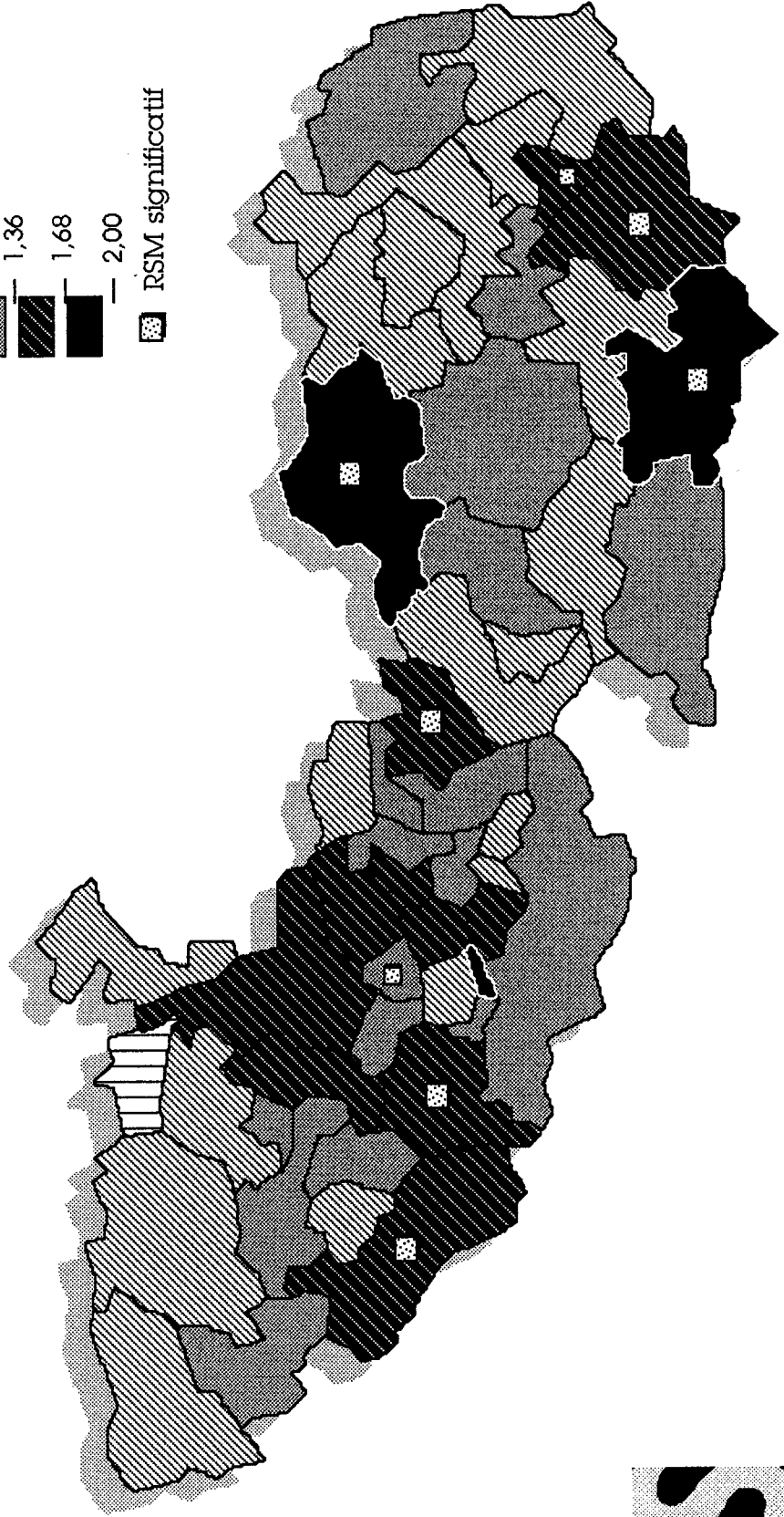
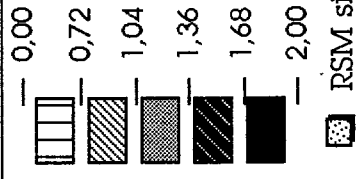
Mortalité par tumeur maligne du sein
chez les femmes entre 1988 et 1992.
Ratios standardisés de mortalité.

RSM France = 1,0

RSM Région = 1,20

RSM Bassin houiller = 1,2

Ratios standardisés



ORS
N O R D
PAS-DE-CALAIS

Mortalité par tumeur maligne de l'intestin
chez les femmes entre 1988 et 1992.
Ratios standardisés de mortalité.

RSM France = 1,0

RSM Région = 1,26

RSM Bassin houiller = 1,27

Ratios standardisés

0,50



0,90



1,14



1,38



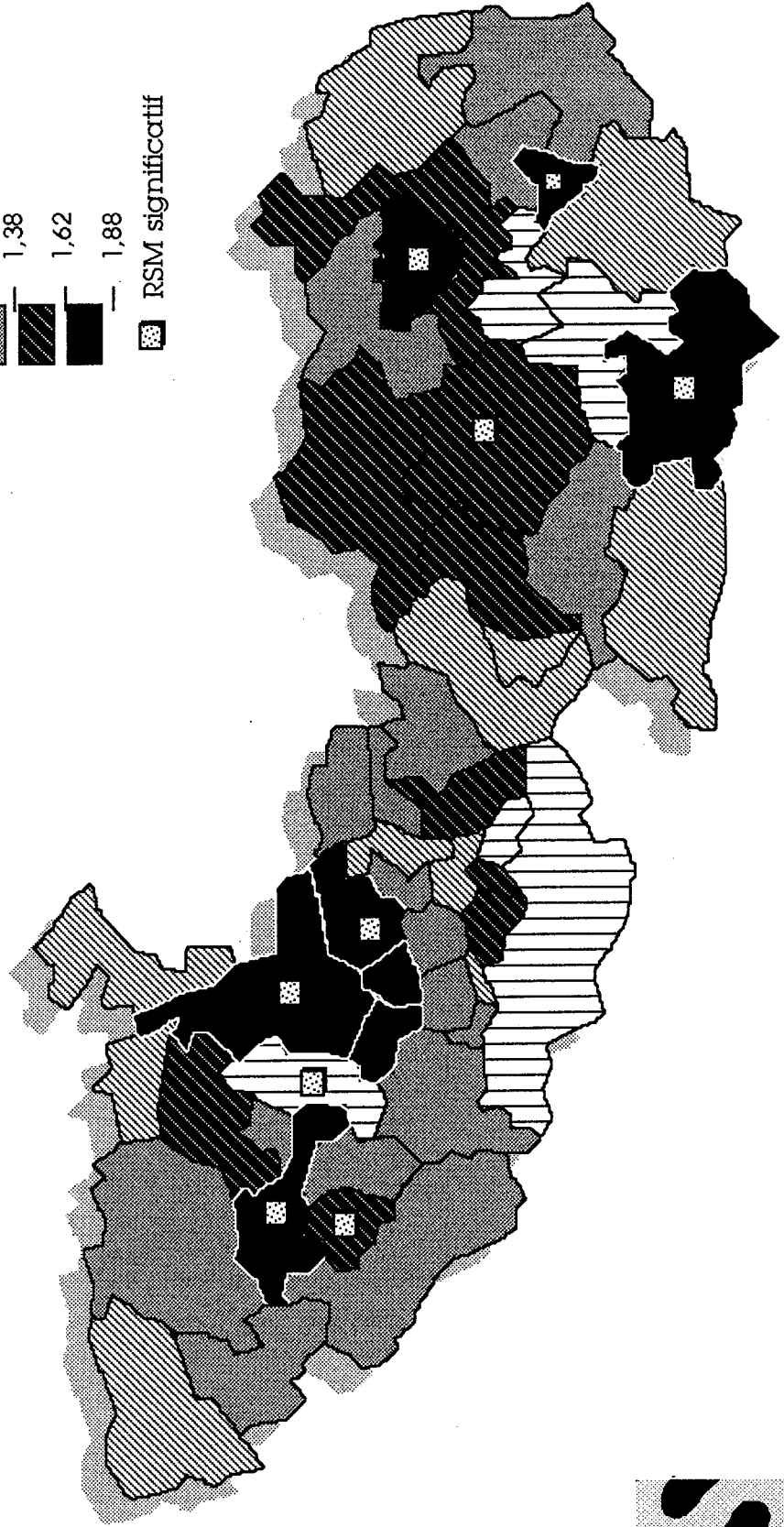
1,62



1,88



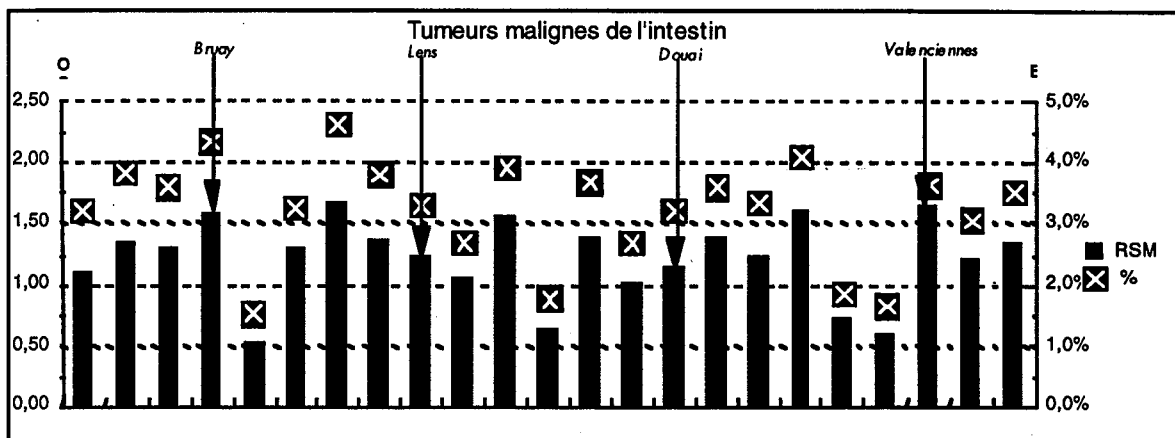
RSM significatif



L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Les indicateurs féminins

Coupe ouest-est du Bassin houiller

Décès par tumeur maligne de l'intestin entre 1988 et 1992, Rsm et % de décès



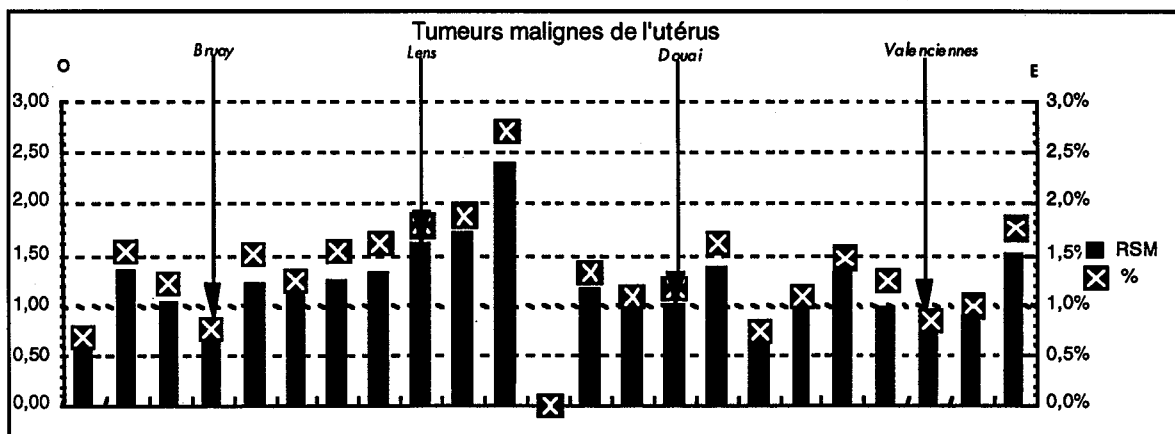
LES TUMEURS MALIGNES DE L'UTERUS

Les tumeurs malignes de l'utérus ont été la cause principale de 316 décès. Le Rsm local est de 1,15, celui de la région de 1,18.

L'effectif de décès est insuffisant pour que l'on puisse faire une représentation cartographique. Sur la coupe, une progression régulière se dessine entre Bruay-la-Buissière et la limite des deux départements. Là, la progression s'interrompt brusquement.

Coupe ouest-est du Bassin houiller

Décès par tumeur maligne de l'utérus entre 1988 et 1992, Rsm et % de décès



Les causes extérieures

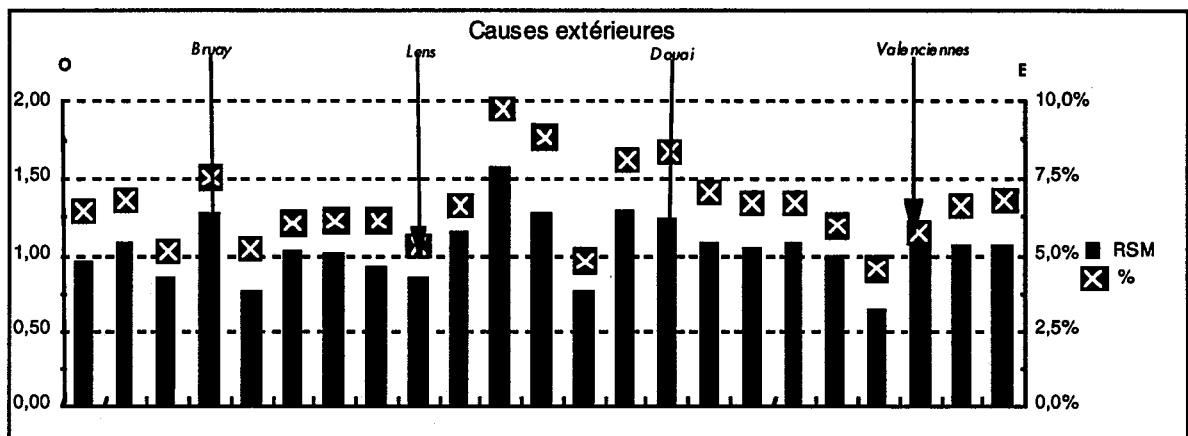
8 % de la mortalité toutes causes, 2 % du solde décès observés / décès attendus

Les causes extérieures ont été responsables d'environ 1 600 décès. Le Rsm local est de 1,07, celui de la région similaire à celui du pays : 1,01.

Le trop petit nombre de décès rend la représentation cartographique inutile. La coupe n'est guère plus explicite.

Coupe ouest-est du Bassin houiller

Décès par l'ensemble des causes extérieures entre 1988 et 1992, Rsm et % de décès



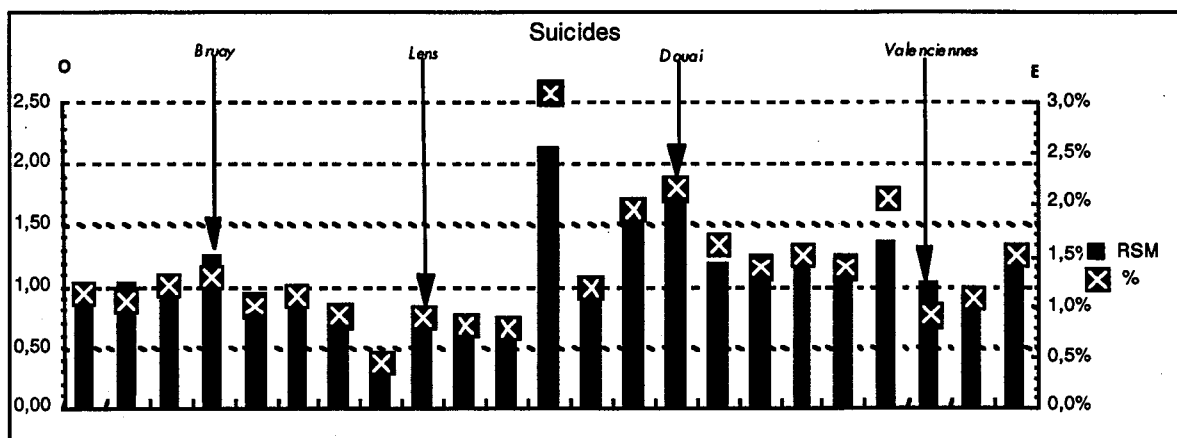
LES SUICIDES

Le suicide a été la cause principale de 392 décès. Le Rsm du Bassin houiller est de 1,11, celui de la région de 1,15. Pour les motifs cités précédemment, il n'a pas été fait de carte. Sur la coupe, une opposition entre Nord et Pas-de-Calais se dessine. D'Hénin-Beaumont à la frontière belge, tous les Rsm s'élèvent au-dessus de 1, ce qui n'est pas le cas plus à l'ouest.

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Les indicateurs féminins

Coupe ouest-est du Bassin houiller

Décès par suicide entre 1988 et 1992, Rsm et % de décès

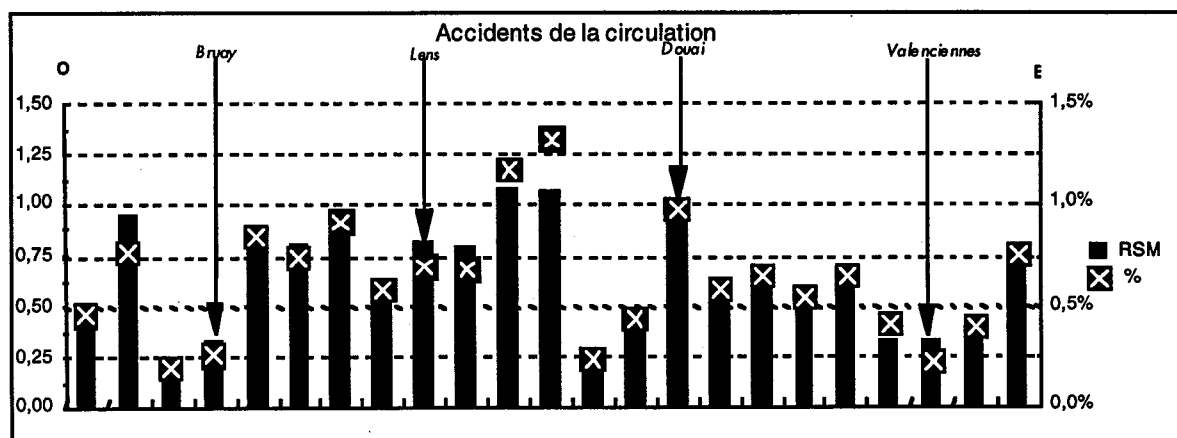


LES ACCIDENTS DE LA CIRCULATION

Les accidents de la circulation sont une cause de décès encore plus rare. 195 décès leur ont été attribués. Le Rsm local est très bas : 0,67. Celui de la région est de 0,66. La sous-mortalité par accident de la circulation chez l'homme et chez la femme est identique dans le Bassin houiller.

Coupe ouest-est du Bassin houiller

Décès par accident de la circulation entre 1988 et 1992, Rsm et % de décès



Les maladies de l'appareil respiratoire

6 % de la mortalité toutes causes, 5 % du solde décès observés / décès attendus

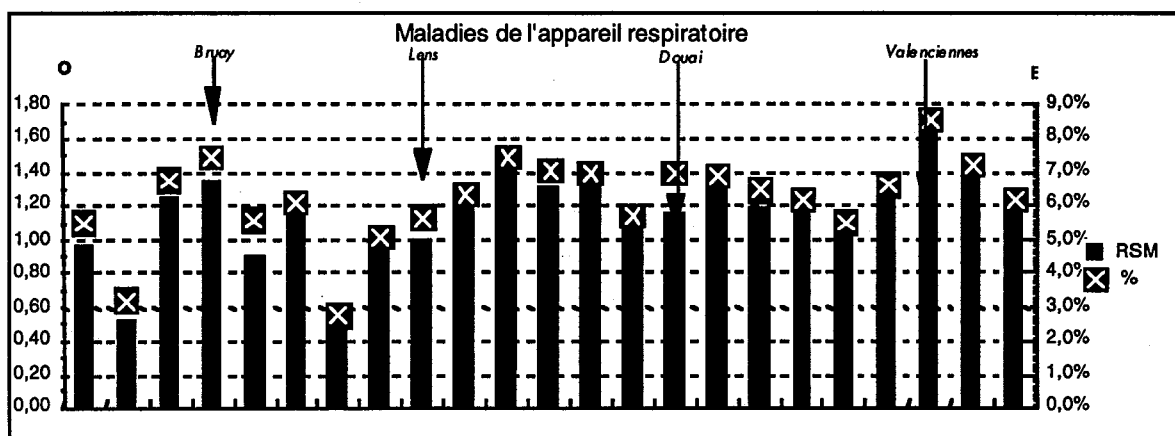
Les maladies de l'appareil respiratoire ont été responsables de 1 858 décès³ entre 1988 et 1992. Le Rsm local est de 1,19, celui de la région de 1,12.

Sur la carte, il semble que les Rsm soient plus élevés, mais peu significatifs dans le Pas-de-Calais. Un axe de surmortalité nord/sud caractérise les circonscriptions d'Anzin, Valenciennes et Valenciennes sud.

Sur la coupe, il semble que les cantons de l'ouest soient relativement épargnés.

Coupe ouest-est du Bassin houiller

Décès par maladie de l'appareil respiratoire entre 1988 et 1992, Rsm et % de décès



LES BRONCHITES ET MALADIES PULMONAIRES OBSTRUCTIVES

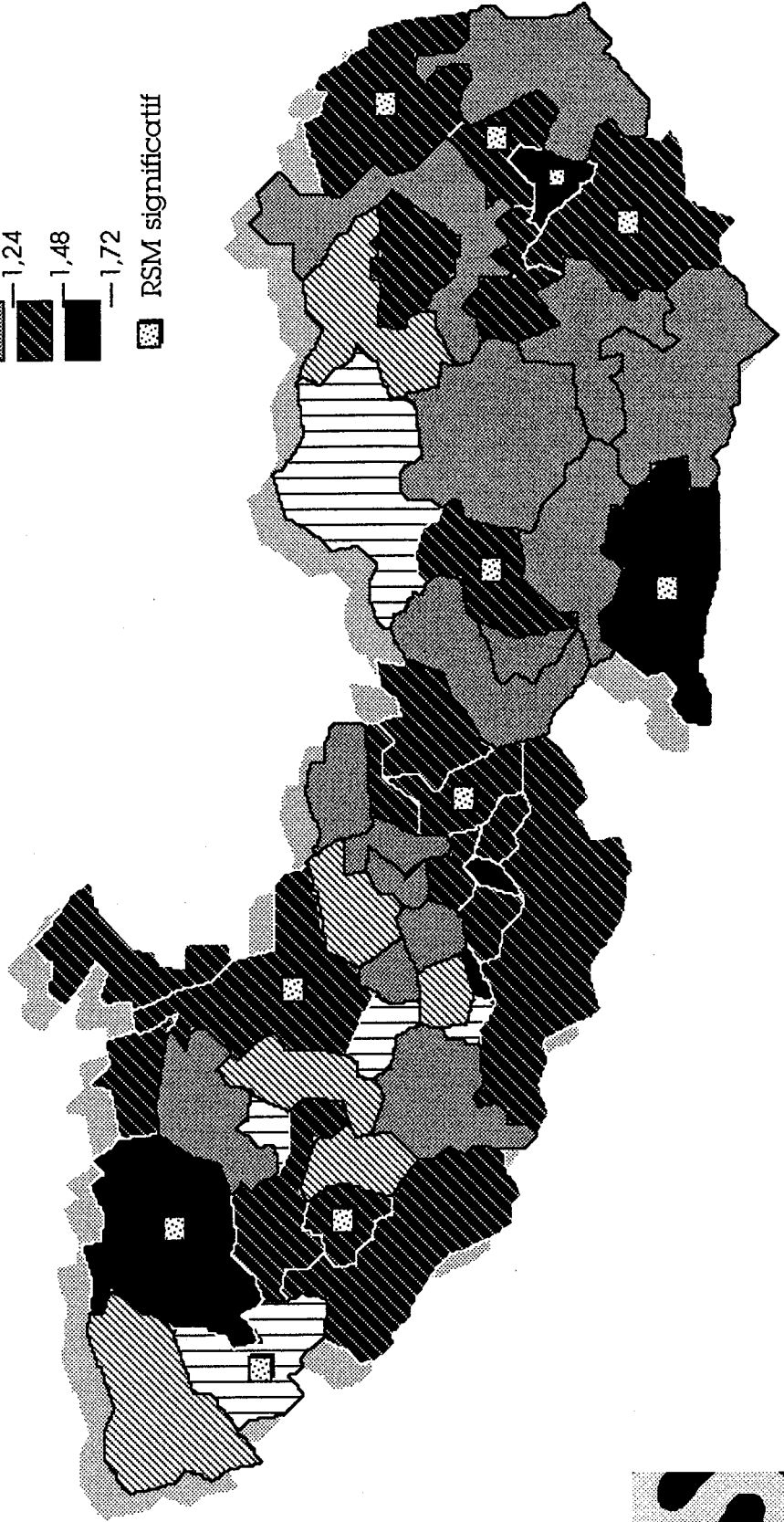
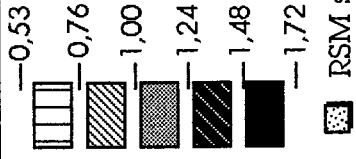
Elles ont été responsables de 554 décès. Le Rsm local est de 1,26, celui de la région de 1,23. Faute de Rsm significativement différent de la mortalité française, il n'a pas été fait de carte. Sur la coupe

³ Soit 42 % des décès masculins par la même cause.

**Mortalité par maladies de l'appareil respiratoire
chez les femmes entre 1988 et 1992.**
Ratios standardisés de mortalité.

RSM France = 1,0
RSM Région = 1,12
RSM Bassin houiller = 1,19

Ratios standardisés

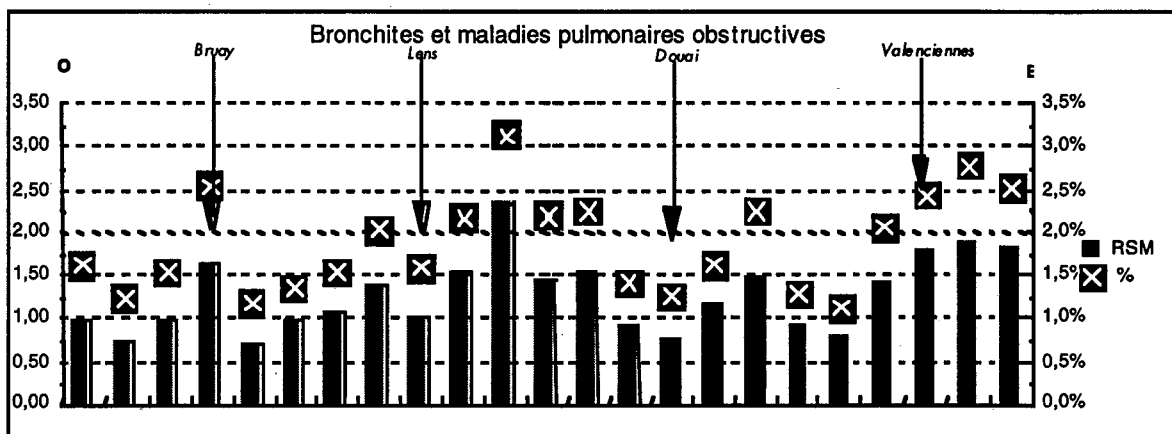


L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Les indicateurs féminins

se dessine une curieuse sinusoïde s'élevant au plus haut entre Lens et Douai.

Coupe ouest-est du Bassin houiller

Décès par bronchite et maladie pulmonaire obstructive entre 1988 et 1992, Rsm et % de décès



Les maladies de l'appareil digestif

4 % de la mortalité toutes causes, 6 % du solde décès observés / décès attendus
si cirrhoses exclues

Les maladies de l'appareil digestif ont causé 2 142 décès. Le Rsm local est très élevé. Il atteint 1,73, celui de la région étant de 1,57. L'effet « centre de gravité » se manifeste puisque si l'on retirait le Bassin houiller, le Rsm régional serait de 1,47.

Sur la carte, c'est tout le Bassin houiller qui présente de notables surmortalités. Aucune sous-mortalité n'est observable. Le croissant Arleux, Bouchain, Valenciennes sud, Valenciennes est, Condé-sur-Escaut, est affecté de Rsm dépassant 1,9. Ce secteur était déjà fort atteint chez les hommes.

Sur la coupe, le profil en plateau, rapportant des Rsm élevés sur l'ensemble du territoire, est bien visible.

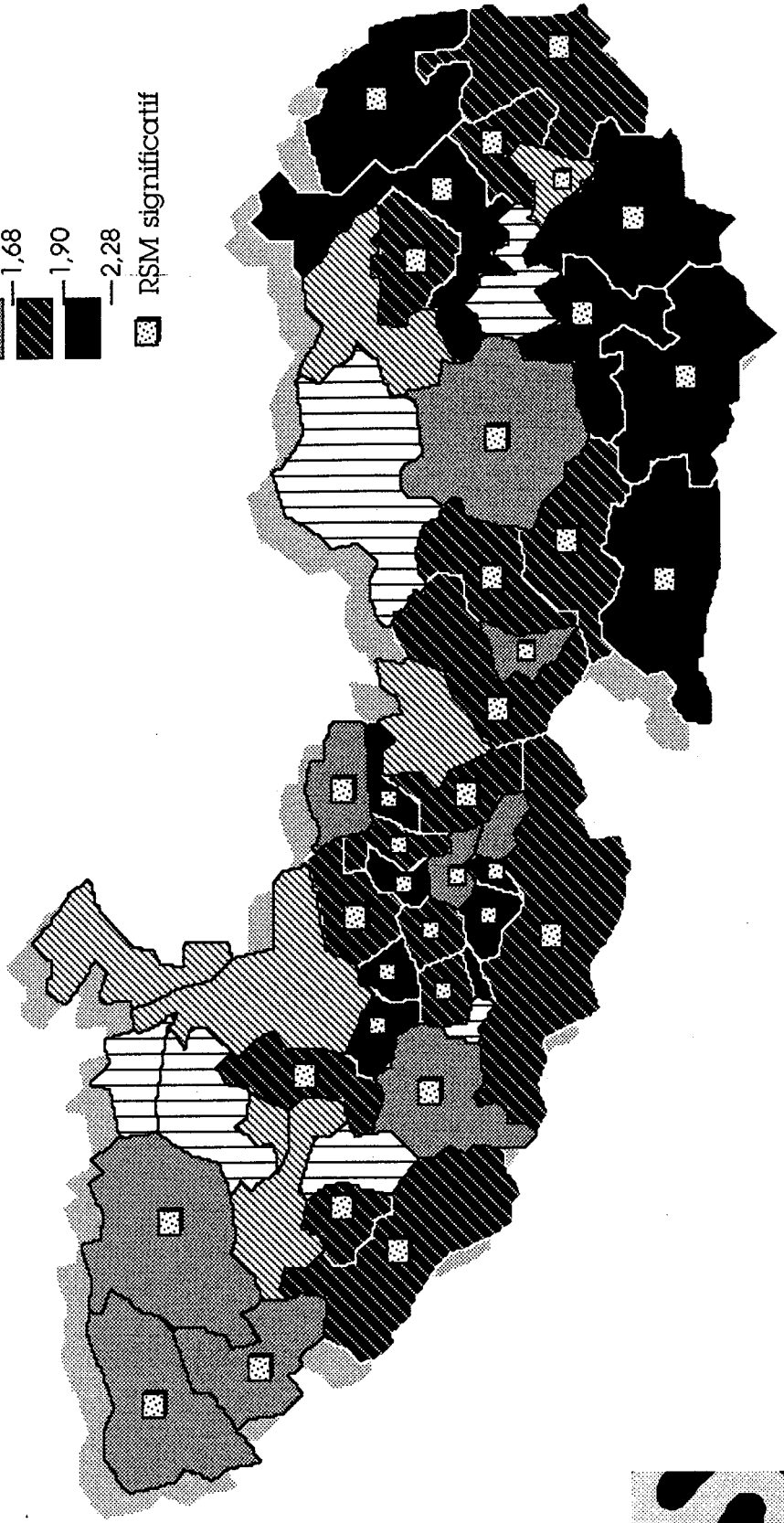
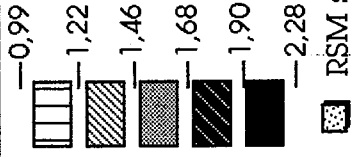
**Mortalité par maladies de l'appareil digestif
chez les femmes entre 1988 et 1992.**
Ratios standardisés de mortalité.

RSM France = 1,0

RSM Région = 1,53

RSM Bassin houiller = 1,73

Ratios standardisés

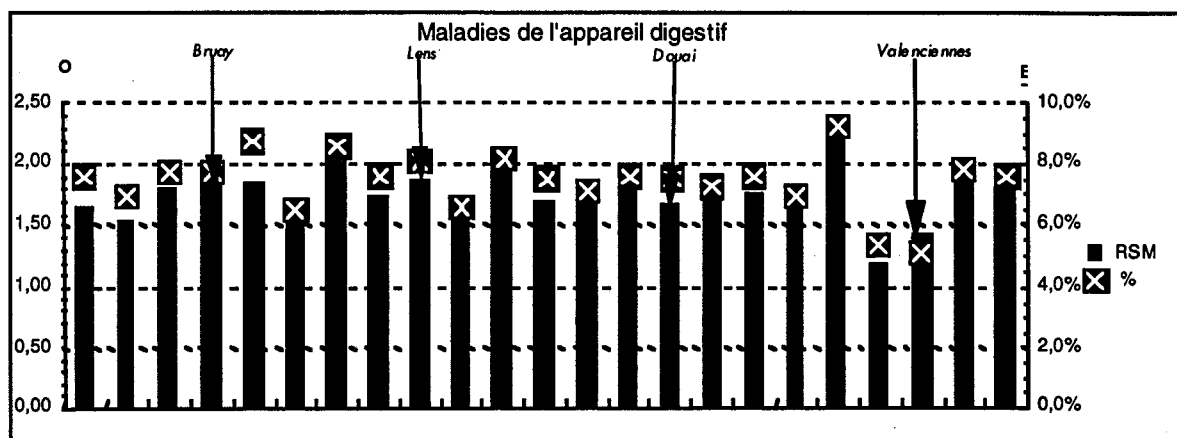


N O R D
PAS-DE-CALAIS

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Les indicateurs féminins

Coupe ouest-est du Bassin houiller

Décès par maladie de l'appareil digestif entre 1988 et 1992, Rsm et % de décès



Les maladies liées à l'alcool⁴

4 % de la mortalité toutes causes, 12 % du solde décès observés / décès attendus

1 073 décès ont comme cause exclusive une consommation immodérée d'alcool. L'on constate que le pourcentage des maladies liées à l'alcool triple si l'on tient compte de leur poids dans la mortalité générale (4 %) et du rapport décès observés/décès attendus (12 %). Le Rsm atteint le record de 2,81, le Rsm régional étant de 2,25. Il est rare de relever des valeurs aussi élevées avec un indicateur tel que le Rsm. L'effet « centre de gravité » existe bel et bien. En effet, si l'on calcule le Rsm régional en retirant le Bassin houiller, celui-ci n'est plus que de 1,97 (soit près de deux fois la mortalité française).

L'allure générale de la carte est très intéressante. Il convient toutefois de ne pas se laisser abuser par les valeurs, très élevées, des classes⁵ adoptées pour la légende. Si aucune sous-mortalité n'est significativement différente de la mortalité nationale, il n'en

⁴ Même composition que dans « les indicateurs masculins », c'est-à-dire cirrhoses alcooliques et sans précision et psychoses alcooliques.

⁵ Les cinq classes sont centrées sur une valeur de Rsm fort élevée, celle de la région : 2,25. La dispersion est, elle aussi, très ample puisque, entre la valeur médiane et la valeur maximale, l'écart varie du simple au double, exactement de 2,25 à 4,5.

Mortalité attribuable à l'Alcool (cirrhoses et psychoses alcooliques) chez les femmes entre 1988 et 1992.

Ratios standardisés de mortalité.

RSM France = 1,0

RSM Région = 2,25

RSM Bassin houiller = 2,81

Ratios standardisés

-0,51



1,20



1,90



2,60




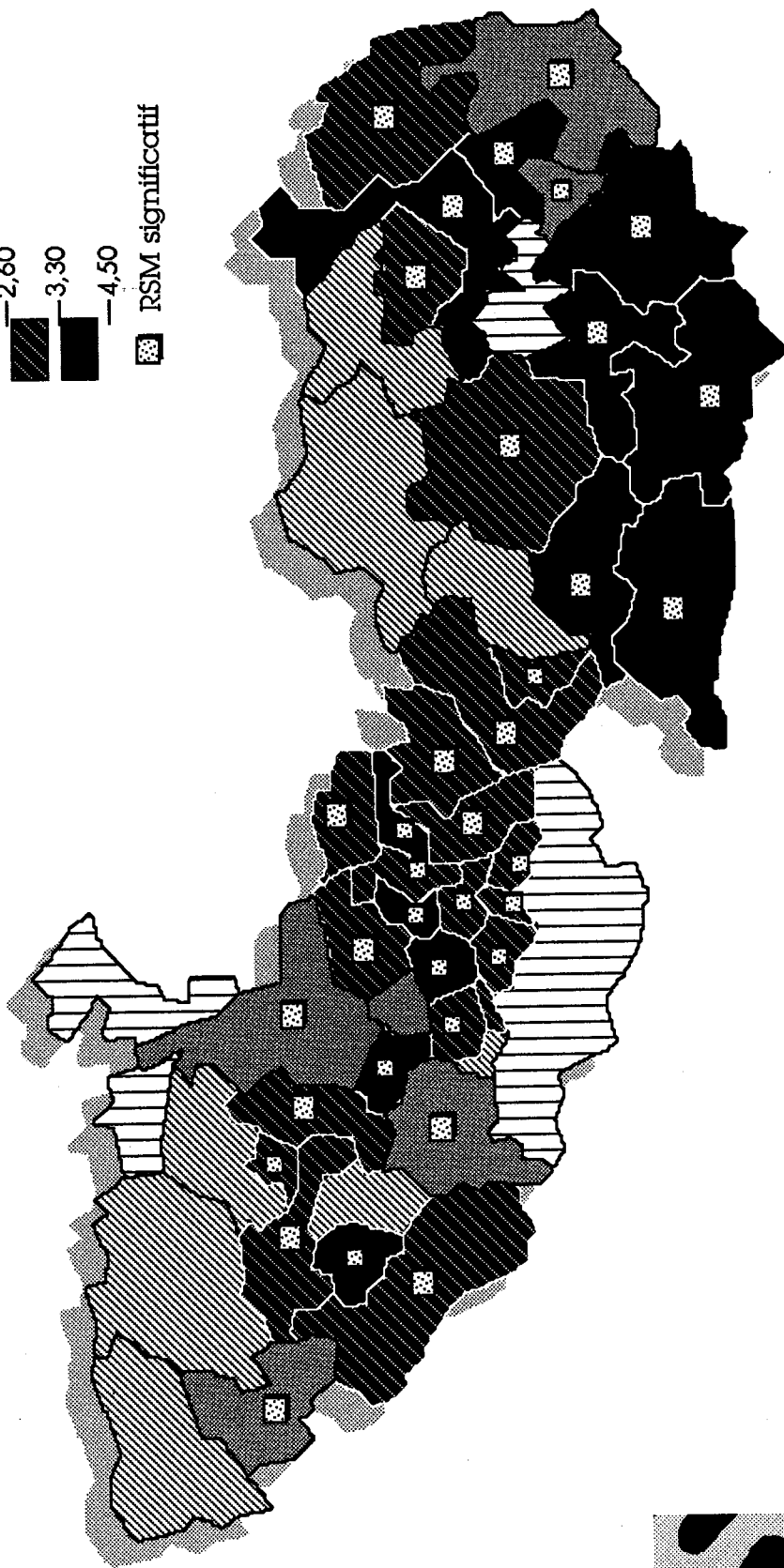
3,30



4,50



 RSM significatif



ORS

N O R D
PAS-DE-CALAIS

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Les indicateurs féminins

demeure pas moins qu'une grande partie des Rsm non significatifs se localise sur des circonscriptions qui présentaient les mêmes caractéristiques que sur la carte "masculine". Dans l'ensemble, l'allure générale de la carte "féminine" ressemble beaucoup à la carte "masculine". En fait, il est possible de constater que l'ensemble du Bassin houiller se trouve exposé à la mortalité liée à l'*alcool*. Seules, les circonscriptions situées au nord et au sud, dans le département du Pas-de-Calais, échappent à la constatation explicite de ce phénomène (Lillers, Laventie, Béthune nord et Vimy). Quant au département du Nord, la distribution spatiale s'étend en nappe et n'épargne que les trois cantons de Douai ouest, Orchies et Saint-Amand-rive-gauche.

La coupe permet de retrouver les deux « noyaux » de surmortalité centrés autour de Lens - Liévin et de Valenciennes. Les écarts entre les Rsm et les autres pourcentages de décès sont extraordinairement marqués.

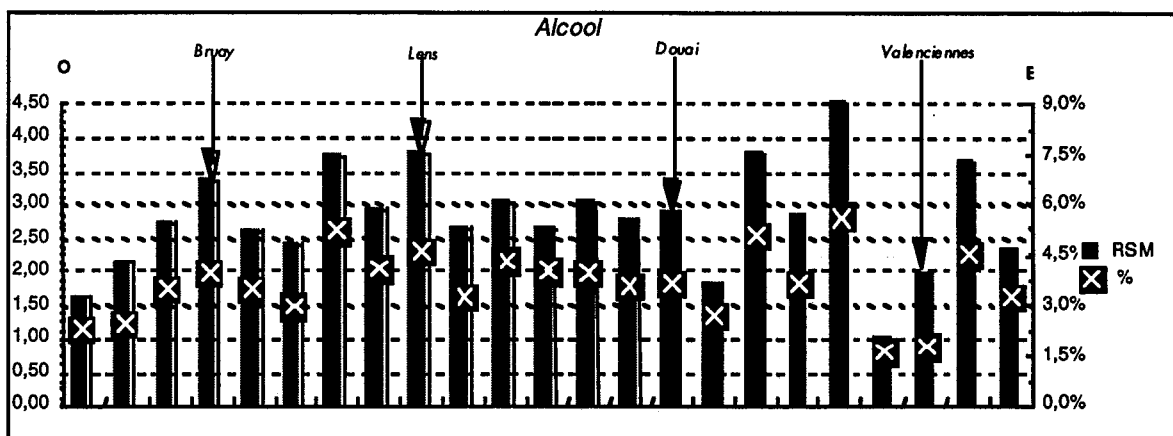
Les variations s'étendent, en effet, de 1,6 % à Valenciennes nord (la moyenne locale de la participation à l'ensemble de la mortalité étant de 3,0 %) à 6,4 % à Courrières. Dans six circonscriptions, les cirrhoses et psychoses alcooliques sont responsables de 4,5 % des décès : Denain, Douai sud, Saint-Amand-rive-droite, Valenciennes sud, Anzin, Liévin nord, Lens nord-est et Lens.

Enfin, le Rsm maximum relevé atteint la valeur de 4,5, soit une mortalité 4,5 fois supérieure à la mortalité française par cirrhose et psychose alcoolique.

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Les indicateurs féminins

Coupe ouest-est du Bassin houiller

Décès par maladie liée à l'alcool entre 1988 et 1992, Rsm et % de décès



Les maladies du système endocrinien

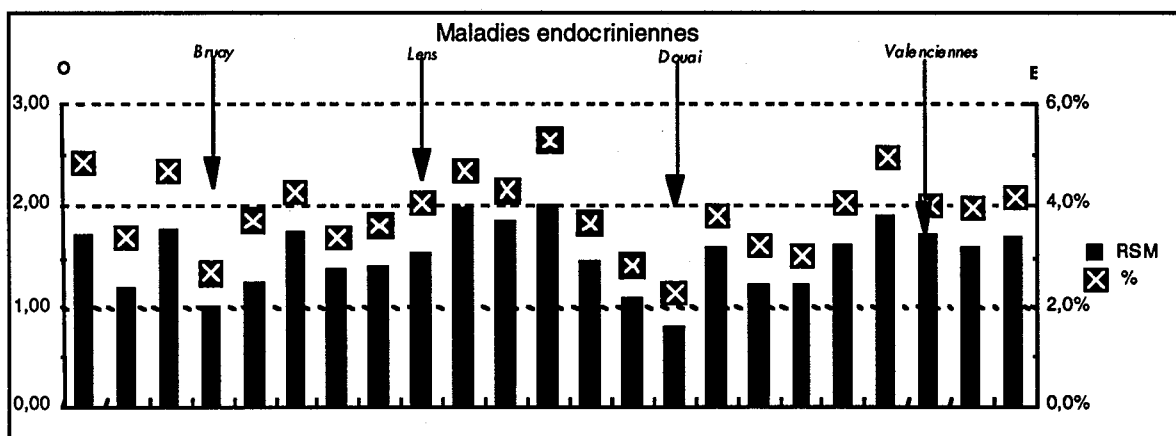
4 % de la mortalité toutes causes, 6 % du solde décès observés / décès attendus

Les maladies du système endocrinien ont causé 820 décès. Le Rsm local est de 1,42, celui de la région de 1,28. Un petit effet « centre de gravité » peut être avancé.

La coupe montre une variation sinusoïdale avec une ample élévation se localisant entre Lens et Douai.

Coupe ouest-est du Bassin houiller

Décès par maladie du système endocrinien entre 1988 et 1992, Rsm et % de décès



Les maladies infectieuses

1 % de la mortalité toutes causes, 0 % du solde décès observés / décès attendus

Les maladies infectieuses sont rarement la cause de mortalité féminine dans le Bassin houiller. Elles sont responsables de 340 décès, dont 31 par tuberculose et 9 par sida.

Les Rsm locaux sont de :

0,89 pour les maladies infectieuses ;

0,84 pour la tuberculose ;

0,19 pour le sida.

Quant aux Rsm régionaux, ils sont de :

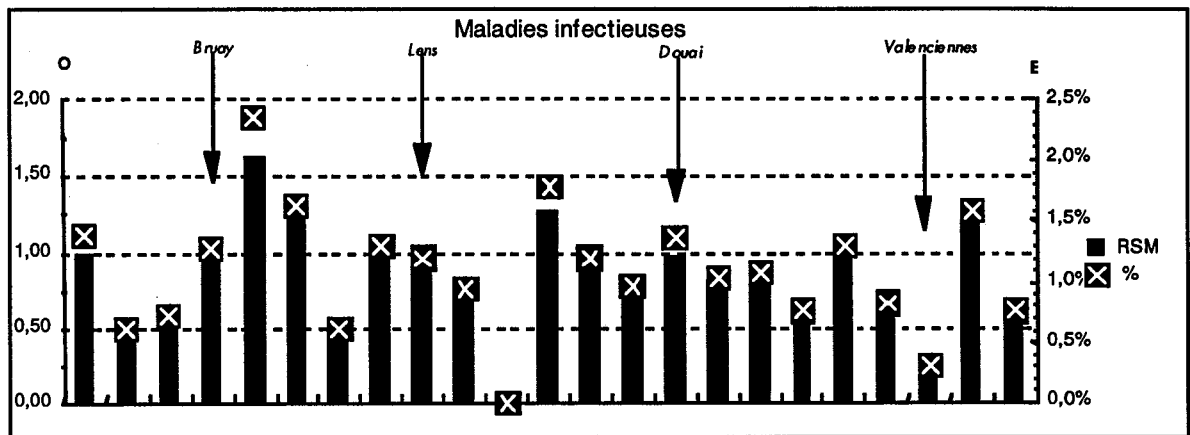
0,98 pour les maladies infectieuses ;

0,88 pour la tuberculose ;

0,16 pour le sida.

Coupe ouest-est du Bassin houiller

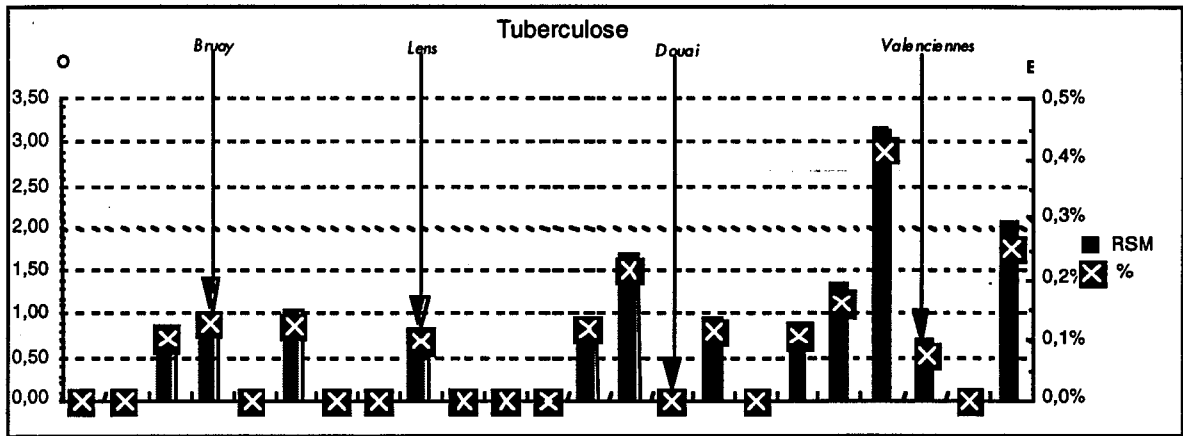
Décès par maladie infectieuse entre 1988 et 1992, Rsm et % de décès



LA TUBERCULOSE

Coupe ouest-est du Bassin houiller

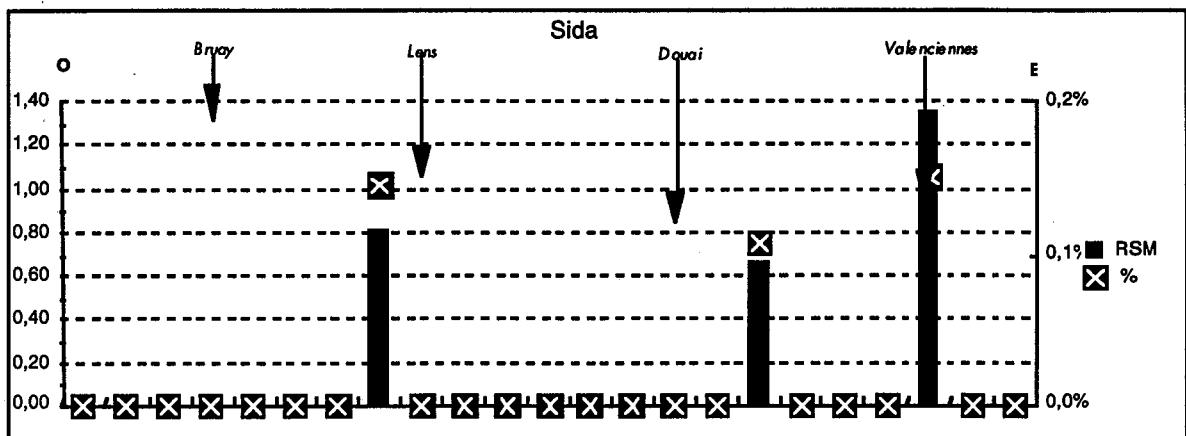
Décès par tuberculose entre 1988 et 1992, Rsm et % de décès



LE SIDA

Coupe ouest-est du Bassin houiller

Décès par sida entre 1988 et 1992, Rsm et % de décès



SYNTHÈSE

DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES FEMMES ÉVALUÉ PAR LES INDICATEURS DE MORTALITÉ

• La surmortalité féminine du Bassin houiller n'est pas très nettement différente de celle de la région. Elle est de 20 % par rapport à la moyenne nationale.

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Les indicateurs féminins

• La surmortalité par maladie de l'appareil circulatoire est identique à celle du Nord - Pas-de-Calais et à la mortalité masculine attribuée à la même famille de causes de décès.

• Les suicides sont sensiblement moins fréquents que chez les hommes.

• Les maladies de l'appareil respiratoire induisent une surmortalité de 20 % qui ne peut, a priori, être reliée à une pathogénie professionnelle.

• Les accidents de la circulation et le sida sont proportionnellement plus rares que dans le reste de la France.

• Bien qu'engendrant moins de décès chez les femmes que chez les hommes, la pathologie induite par une alcoolisation inconsidérée provoque, cependant, presque trois fois plus de décès chez les femmes du Bassin houiller que chez les autres Françaises. Cette mortalité est très nettement supérieure à celle du reste de la région. Le Lensois et le Valenciennois sont très lourdement touchés.

Causes de décès	Rsm Bassin houiller	Rsm Nord - Pas-de-Calais
Toutes causes	1,22	1,17
Maladies de l'appareil circulatoire	1,27	1,21
Cardiopathies ischémiques	1,35	1,26
Maladies vasculaires cérébrales	1,3	1,27
Tumeurs malignes	1,11	1,12
Tumeurs malignes du sein	1,20	1,20
Tumeurs malignes de l'intestin	1,27	1,26
Tumeurs malignes de l'utérus	1,15	1,18
Causes extérieures	1,07	1,01
Suicides	1,11	1,15
Accidents de la circulation	0,66	0,67
Maladies de l'appareil respiratoire	1,19	1,12
Bronchites et maladies pulmonaires obstructives	1,26	1,23
Maladies de l'appareil digestif	1,57	1,47
<i>Alcool</i>	2,81	2,25
Maladies du système endocrinien	1,42	1,28
Maladies infectieuses	0,89	0,98
Sida	0,19	0,16

Les indicateurs de l'enfance

Pour approcher la santé des enfants, il convient de recourir à tout autre indicateur que la mortalité par causes. En effet, cette catégorie d'information ne peut être utilisée, à l'échelle d'une telle enquête, puisque les décès chez les enfants sont des événements rares.

Deux types d'information sont mobilisables. Le premier type recouvre les très classiques indicateurs utilisés en commun par les démographes et les professionnels de santé publique : il s'agit de la mortalité infantile, c'est-à-dire avant l'âge d'un an, et de la mortalité périnatale, c'est-à-dire avant une semaine de vie. Le second type de données est bien moins fréquemment disponible : il émane des services de protection maternelle et infantile des départements du Nord et du Pas-de-Calais, qui ont bien voulu, en 1996, à la demande de la direction régionale des Affaires sanitaires et sociales, s'associer à l'Ors afin de présenter une synthèse consacrée aux indicateurs de périnatalité¹.

La mortalité infantile et périnatale

Le petit nombre d'événements, de cas, nous impose obligatoirement de recourir à des populations, des espaces de références, d'effectifs et de dimensions plus étendus. C'est pourquoi le découpage cantons/communes ne peut être retenu.

COMPARAISON AVEC LES REGIONS FRANÇAISES ET LES ETATS EUROPEENS

En 1989, le Nord - Pas-de-Calais, pour sa mortalité infantile, occupait le vingtième rang sur les vingt-deux régions françaises. La mortalité infantile était de 8,5 décès d'enfants de moins d'un an pour mille naissances, tandis que la mortalité infantile française était

¹ Tillard B., Tableau de bord périnatalité, Ors Nord - Pas-de-Calais.

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Les indicateurs de l'enfance

de 7,5 ‰². Ce taux de 8,5 ‰ est, à l'échelle internationale, un taux tout à fait satisfaisant. Toutefois, si on le compare aux taux moyens de l'Europe occidentale, il équivaut au taux relevé en Belgique et se situe au-dessus des taux de l'Europe du Nord (Danemark 7,3 ‰, Finlande 5,8 ‰, Suède 6,2 ‰) et de la majorité des états d'Europe de l'Ouest (Allemagne 6,9 ‰, Autriche 7,5 ‰, Irlande 8,2 ‰, Pays-Bas 6,5 ‰, Royaume-Uni 7,4 ‰) et même au-dessus de l'Espagne 7,2 ‰.

UNE MORTALITE INFANTILE MOYENNE DANS LE DOUAISIS ET LE VALENCIENNOIS

Les taux relevés dans les secteurs sanitaires du Bassin houiller, pour la période 1988-1990, se situent au-dessus de la moyenne française, exception faite du secteur de Valenciennes qui, avec un taux de 7,2 ‰, se place dans une situation plus favorable que la région elle-même. La situation du Valenciennois est d'autant plus positive que la mortalité infantile y était très élevée antérieurement : 11,4 ‰ entre 1983 et 1985.

Le Douaisis se place dans une position presque aussi favorable. Le taux y est inférieur à celui de la région et a décru de près de 3 ‰ en cinq ans.

Tableau 10

La mortalité infantile et périnatale dans les secteurs sanitaires du Bassin houiller.

	Taux de mortalité infantile*		Evolution 83-85/88-90	Indice 88-90 (France=100)	Taux de mortalité périnatale**		Indice 88-90 (France=100)
	1983-1985	1988-1990			(1988-1990)		
Béthune	9,2‰	9,0‰	-0,2‰	118	9,8‰	111	
Douai	10,7‰	7,8‰	-2,9‰	103	9,2‰	105	
Lens	10,1‰	10,3‰	+0,2‰	135	10,2‰	116	
Valenciennes	11,4‰	7,2‰	-4,2‰	95	8,9‰	101	
Région	9,9‰	8,4‰	-1,5‰	110	9,8‰	111	
FRANCE	8,6‰	7,6‰	-1,0‰	100	8,8‰	100	

* (nombre d'enfants morts âgés de moins d'un an / naissances vivantes) x 1 000

** (nombre d'enfants morts nés et d'enfants morts entre 0 et 6 jours / nombre de naissances) x 1 000

Source : Drass

² L'écart des taux selon le mode de calcul entre les taux obtenus pour la seule année 1989 et la moyenne des années 1988-1989-1990 est infime. Il n'intervient que pour 0,1 ‰.

Une baisse plus modérée apparaît dans le secteur sanitaire de Béthune. Le taux le plus récent dépasse de quelques dixièmes de points celui du Nord - Pas-de-Calais.

Enfin, le Lensois se trouve en dernière position avec un taux de mortalité infantile de 10,3 ‰, soit un excès de mortalité relatif, par rapport à la France, de 35 % et une évolution négative (qui n'est, certes, que de + 0,2 ‰) entre les deux périodes prises en compte. Ce taux de 10,3 décès d'enfants de moins d'un an est toutefois un taux anormalement élevé pour un territoire situé sur le sol national. A titre de comparaison, en 1989, aucune région, aucun état européen (outre le Portugal) ne connaissait une situation caractérisée par un tel taux.

LA MORTALITE PERINATALE EST RELATIVEMENT MOINS ELEVEE

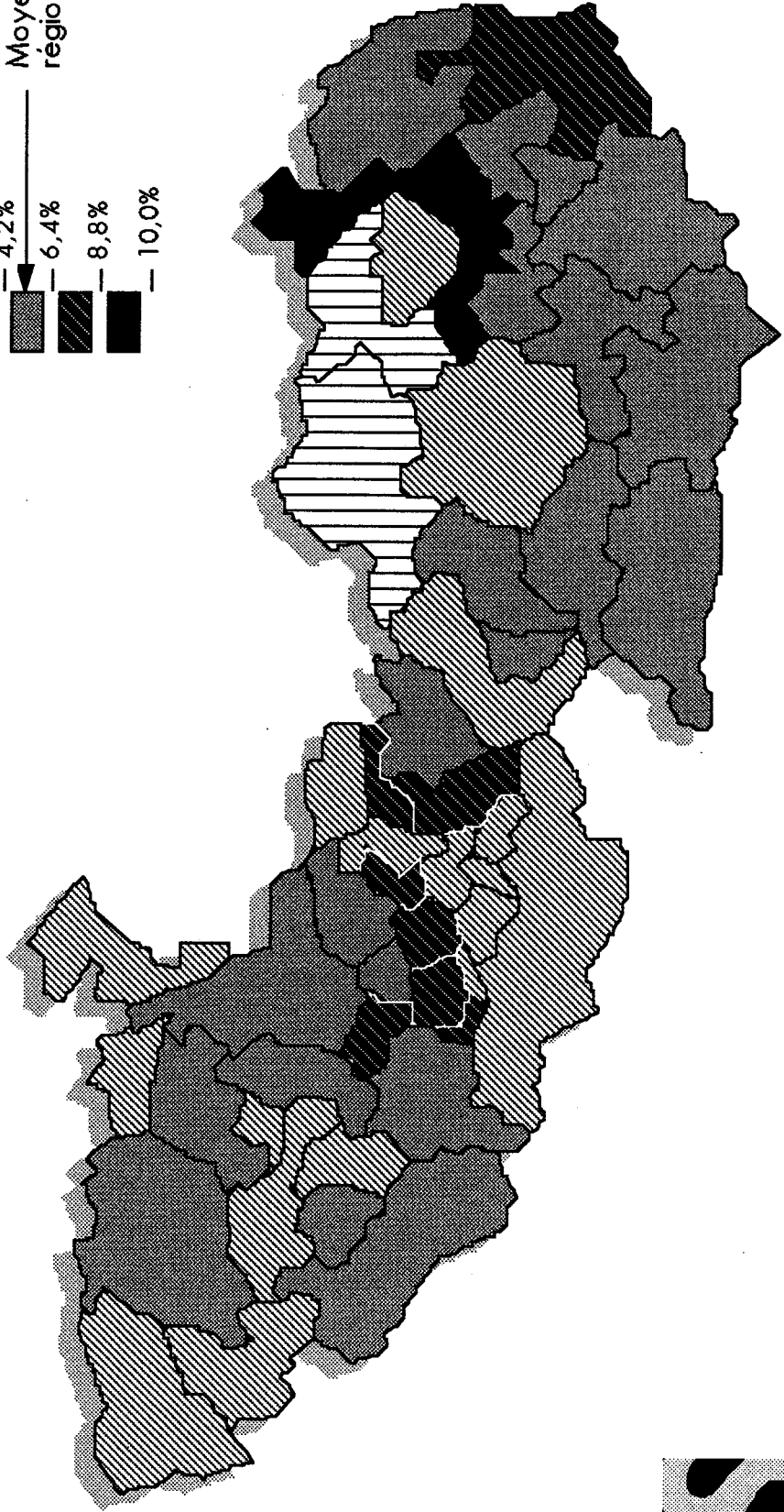
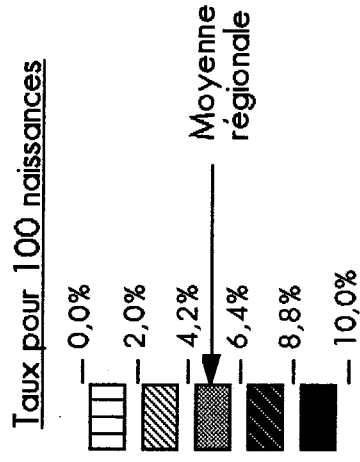
La mortalité périnatale de la région se situe dans le même ordre de grandeur de surmortalité par rapport à la moyenne française. Les 9,8 ‰ traduits en terme d'indice donnent une valeur de 111 pour un indice 100 français.

Le Valenciennois se place à nouveau en tête mais, cette fois, son taux, 8,9 ‰, est presque identique au taux français. Douai, avec 9,2 ‰, retrouve le même rang et le même ordre de valeur par rapport au taux national. Béthune connaît une situation légèrement favorable puisque, sur ce plan, ce secteur se situe à égalité avec la région (9,8 ‰, soit un indice de 111).

Enfin, le secteur de Lens se maintient en dernière place avec un taux de 10,2 ‰ et un indice de 116. On remarquera, cependant, que l'excès de décès d'enfants morts nés et de moins de 6 jours de vie est, à Lens, moins important que la mortalité infantile. Ceci ne peut signifier que deux choses : soit une part importante de la mortalité des enfants en bas âge se produit dans le secteur de Lens entre la première semaine de vie et l'âge d'un an ; soit le nombre

Les naissances prématurées

% de naissances de moins de 37 semaines en 1994



d'enfants morts nés est moins fort à Lens que dans le reste du pays. Il est encore possible que ces deux phénomènes se conjuguent.

LES INDICATEURS DE PERINATALITE

Les naissances prématurées, c'est-à-dire les naissances se produisant avant 37 semaines de gestation, sont, en moyenne dans la région, d'une fréquence de 5,3 pour 100 naissances. Dans l'ensemble, le Bassin houiller est proche de la moyenne régionale, l'essentiel des circonscriptions figurant sur la carte étant affecté de taux compris entre 2 % et 6,4 %. On remarque, toutefois, une concentration de taux élevés, situés entre 6,4 % et 8,8 %, dans le secteur de Lens - Liévin et quelques cantons portant de forts taux dans le Valenciennois. Pour les grands prématurés, d'un âge gestationnel inférieur à 33 semaines, les secteurs sanitaires de Valenciennes et Lens correspondent aux plus forts taux, sensiblement plus élevés que ceux de la région.

Tableau 11

Les prématurés de moins de 33 semaines

	Nb grands préma	Nb naissances	Taux
Béthune	33	2872	1,1%
Lens	73	4968	1,5%
Douai	23	2952	0,8%
Valenciennes	74	4723	1,6%
Bassin houiller	203	15515	1,3%
Région	651	50880	1,3%

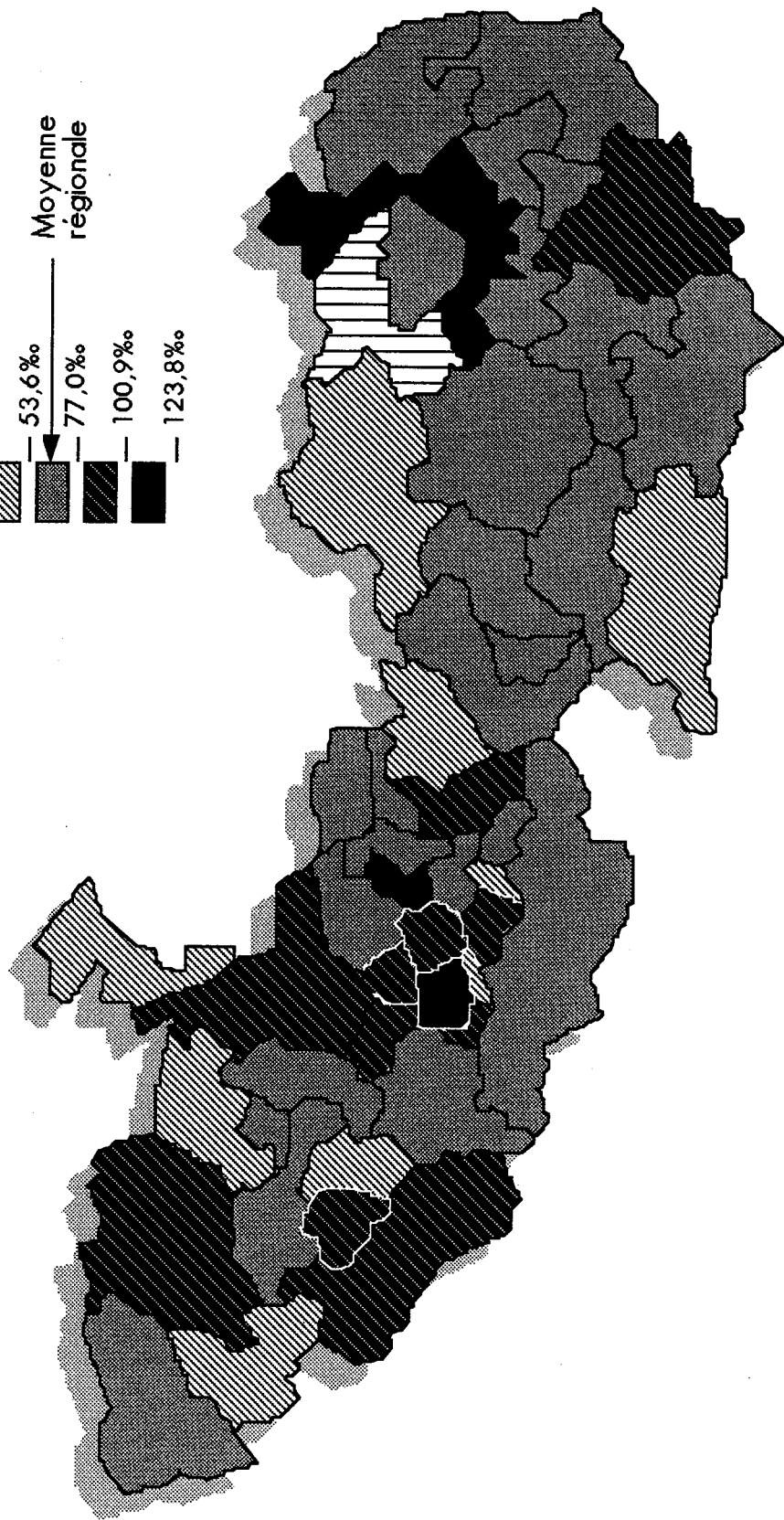
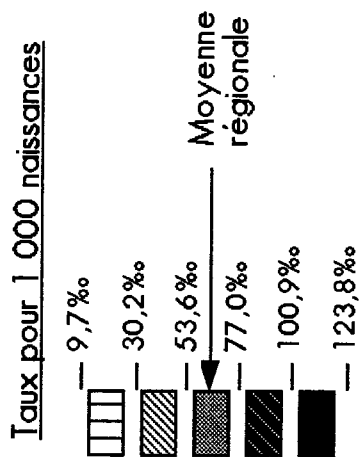
Source services de Pmi des Conseils généraux du Nord et du Pas-de-Calais

Les naissances d'enfants de faible poids touchent à nouveau les mêmes zones. On note une extension du phénomène en direction de Béthune et Bruay-la-Buissière.

Il est assez frappant de pouvoir comparer les cartes précédentes à des indicateurs caractérisant la grossesse ou se rapportant aux mères elles-mêmes. Le suivi prénatal est satisfaisant dans le Valenciennois,

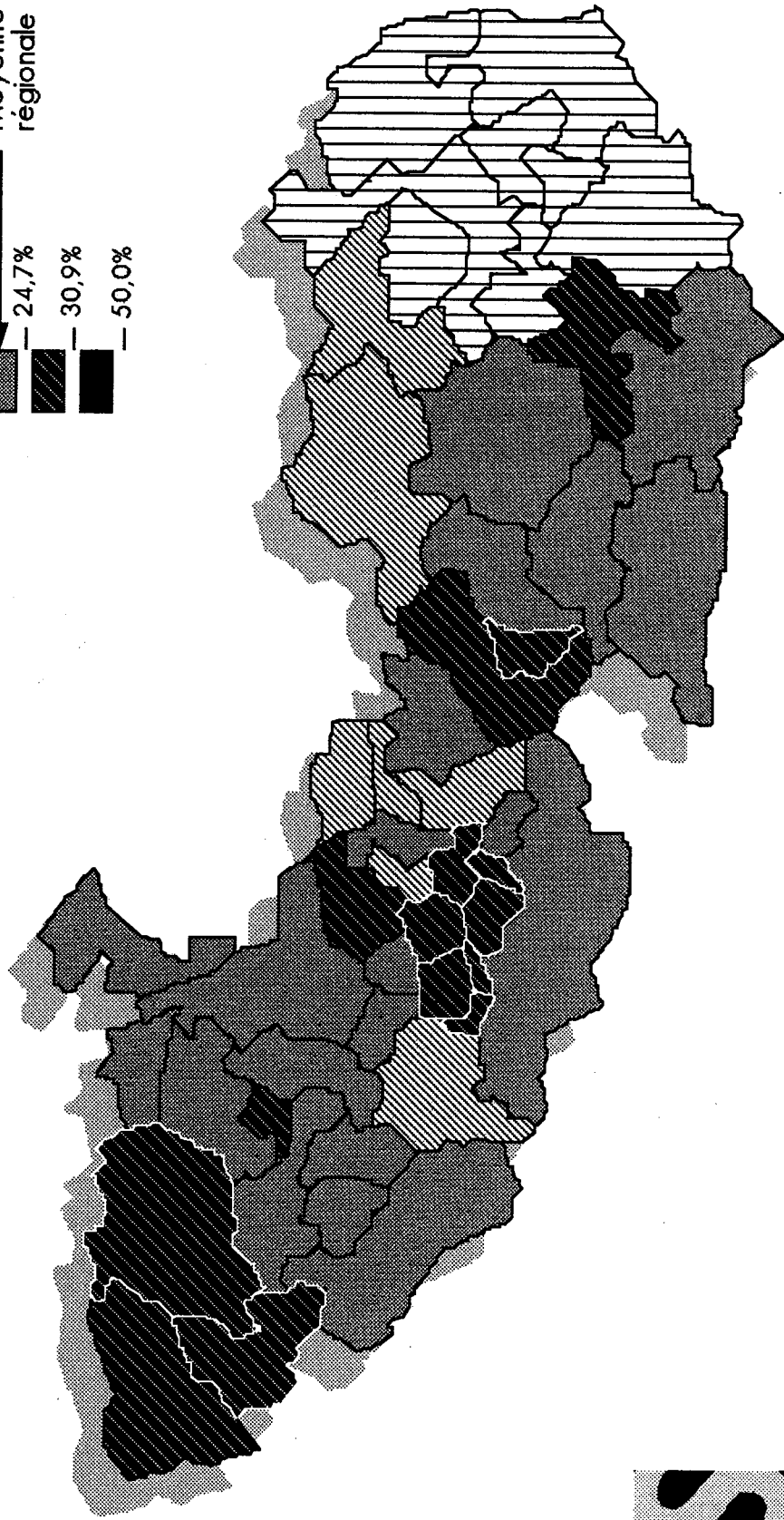
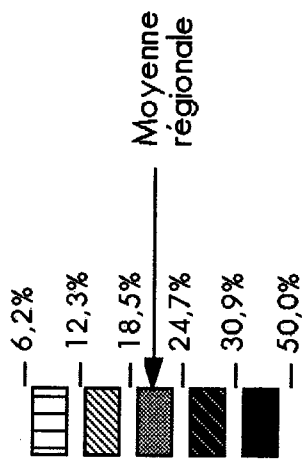
Les naissances de petits poids

% de naissances de moins de 2 500 grammes en 1994



Le suivi prénatal

% de naissances précédées de moins de 7 consultations prénatales en 1993-1994



L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Les indicateurs de l'enfance

mais semble être perfectible aux alentours de Douai, Lens - Liévin et Béthune. Plus à l'ouest, les trois cantons de Norrent-Fontes, Auchel et Lillers marquent l'amorce des zones rurales qui, dans le Nord - Pas-de-Calais, se caractérisent par un taux de consultations prénatales nettement inférieur à la moyenne. A l'opposé, l'allaitement maternel est, dans la région, d'autant plus élevé que l'on se trouve dans une zone urbaine. Cette tendance caractérise le Valenciennois, mais n'affecte pas la partie médiane du Bassin houiller. Là, dans le secteur sanitaire de Lens et, dans une moindre mesure, dans celui de Douai, la fréquence de l'allaitement maternel est nettement en dessous de la moyenne régionale.

Tableau 12

L'allaitement maternel dans le Bassin houiller

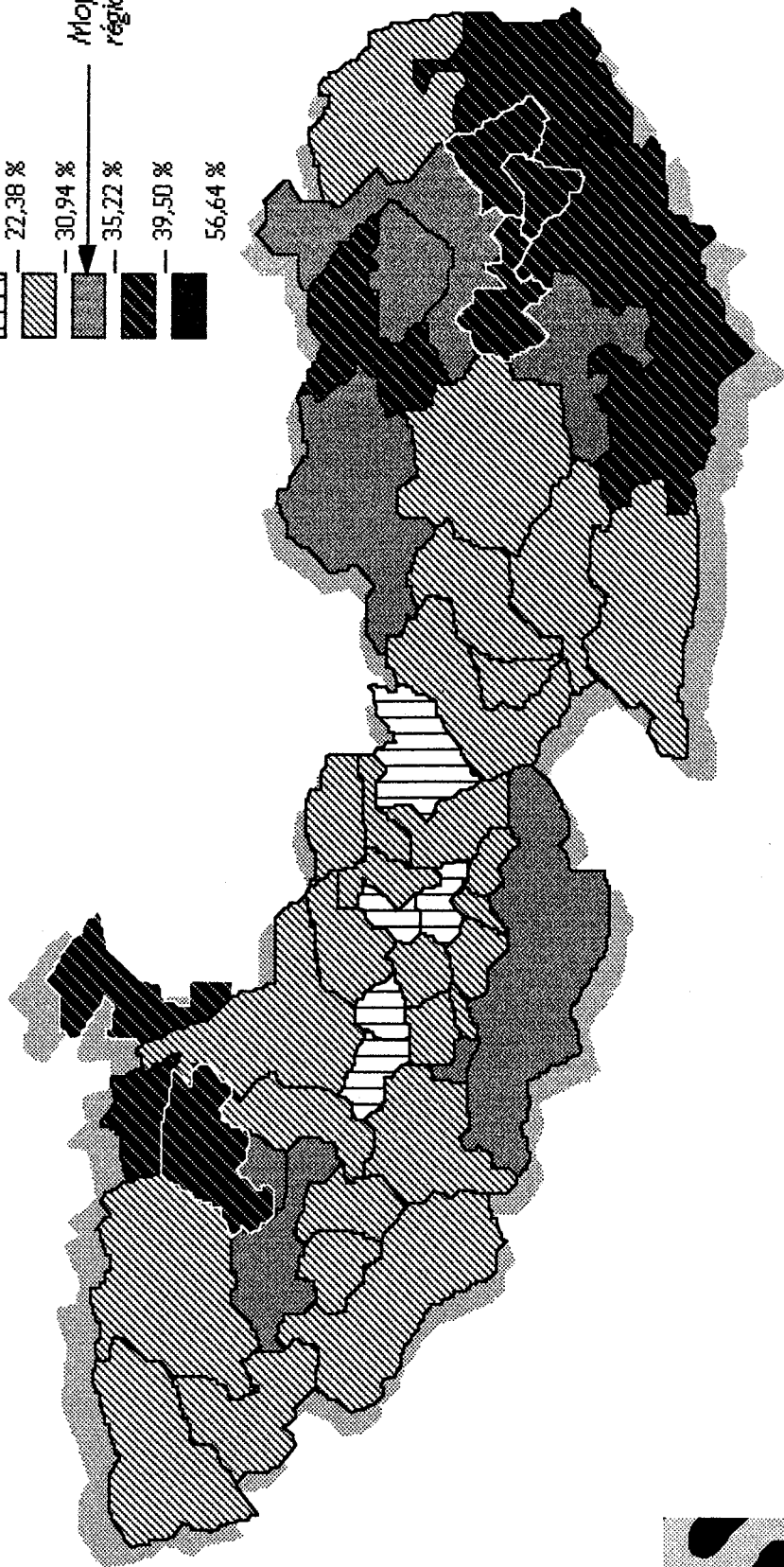
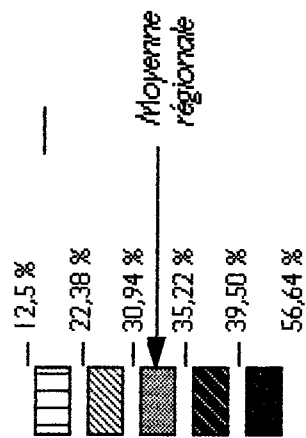
	Nb d'allaitement	Nb naissances	Taux
Béthune	826	2872	28,8%
Lens	1249	4968	25,1%
Douai	823	2952	27,9%
Valenciennes	1816	4723	38,5%
Bassin houiller	4714	15515	30,4%
Région	17921	50880	35,2%

Source services de Pmi des Conseils généraux du Nord et du Pas-de-Calais

Enfin, il est à signaler que les grossesses précoces sont plus nombreuses dans la périphérie de Lens que dans le reste du Bassin houiller et de la région, et que ce sous-secteur comprend, par ailleurs, les circonscriptions où la proportion de bénéficiaires de l'allocation parent isolé (Api) était, en 1994, nettement au-dessus de la moyenne régionale. On n'omettra pas de signaler que six circonscriptions situées dans le département du Nord, dont Denain et Valenciennes, se détachent par la fréquence d'attribution d'Api rapportée à la population susceptible de la percevoir.

L'allaitement maternel en 1994

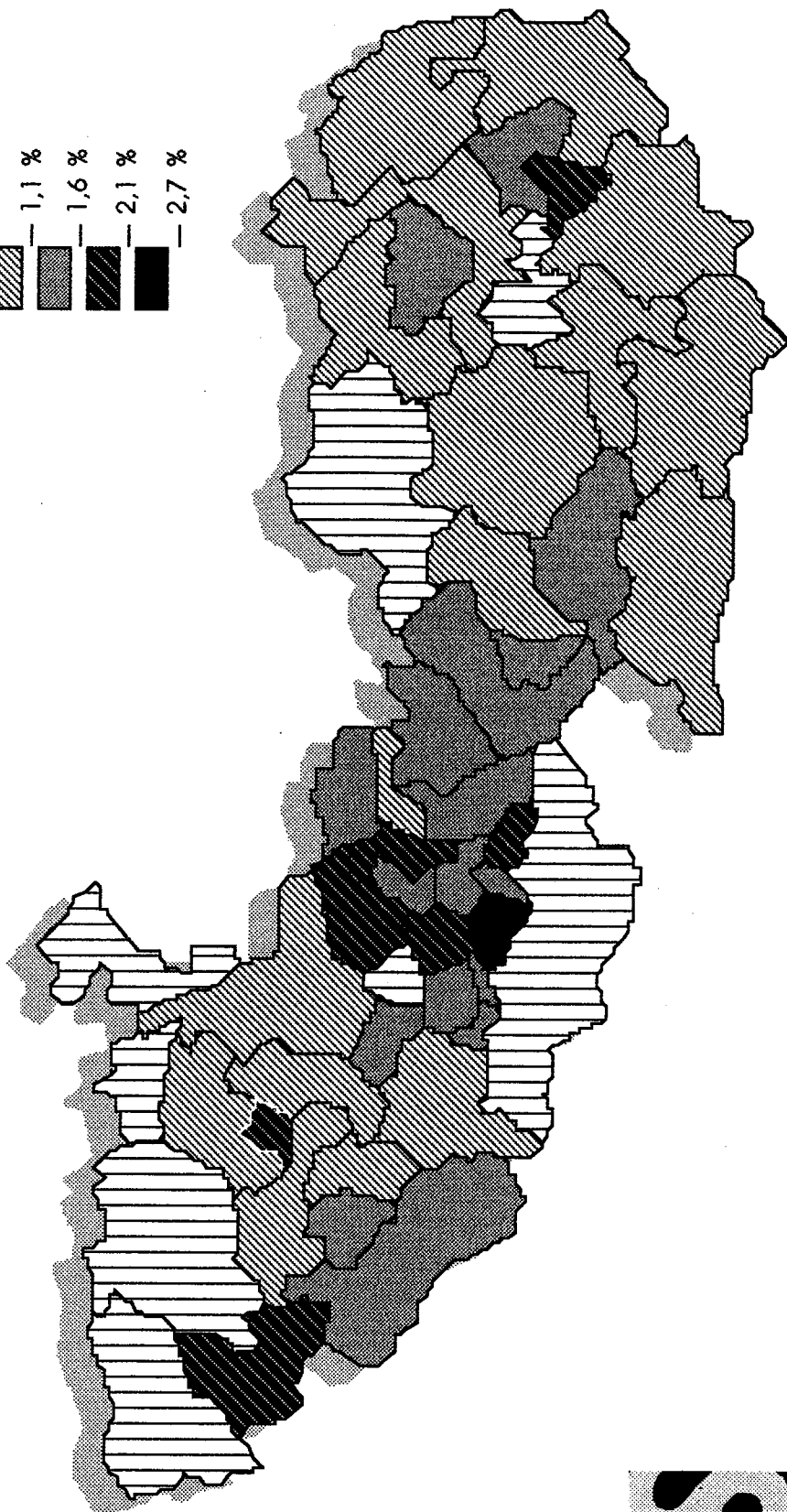
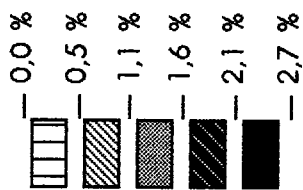
Taux pour 1 000 naissances



Les grossesses précoces

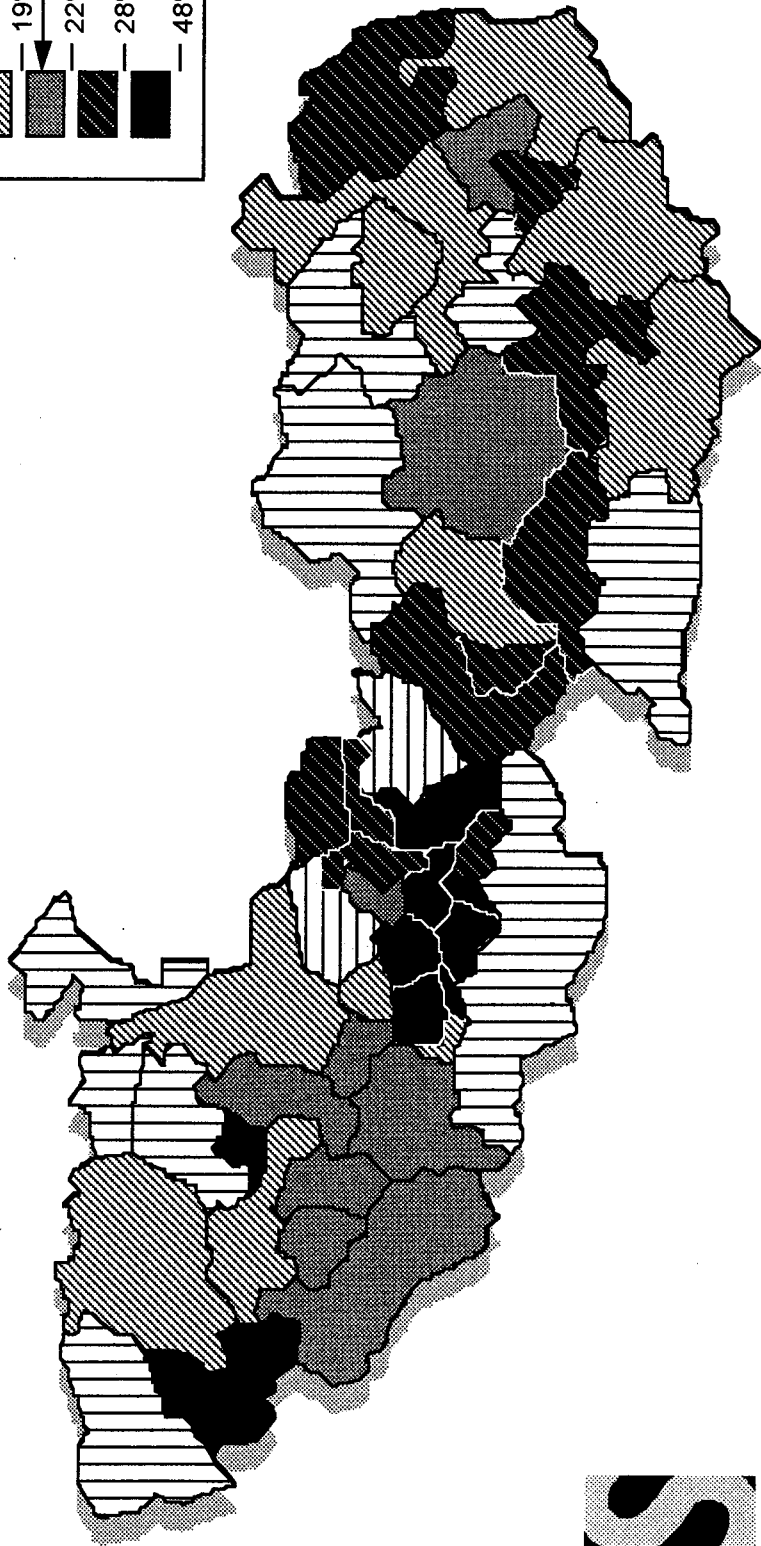
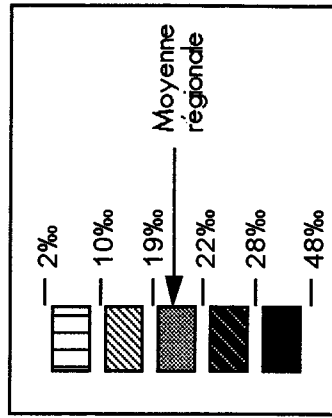
Grossesses en cours au 31 décembre 1994 chez les jeunes filles de moins de 20 ans rapportées à la population des femmes de 15 à 19 ans

Taux pour 100 femmes



L'Allocation parent isolé en 1994

pourcentage des bénéficiaires par rapport à la population âgée de 15 à 49 ans



Le système de soins

Le système de soins présent dans le Bassin houiller est en voie de mutation rapide. En premier lieu, les phénomènes de desserrements urbains qui se produisent dans la périphérie de l'agglomération lilloise, avec les soldes migratoires positifs qu'ils induisent, sont particulièrement attractifs pour les praticiens libéraux. En second lieu, l'avenir de la restructuration et/ou de la reconversion des équipements et structures détenus par les sociétés de secours minières, laisse présager que de nouvelles recompositions pourraient se dessiner dans les années, si ce n'est les mois qui viennent. Enfin, les nouvelles règles, introduites par les décrets gouvernementaux, régissant l'attribution des moyens hospitaliers régionaux en fonction des besoins de la population, pourraient, secondairement, avoir quelques répercussions dans ce territoire. Ici comme ailleurs, les enjeux de la santé publique locale nécessitent que les structures locales soient bien adaptées aux besoins de la population.

Sous-consommation ou comportement plus responsable des assurés et des professionnels ?

En ce qui concerne le comportement des assurés, on constate que les montants engagés en 1993 étaient presque toujours en deçà des moyennes régionale et nationale. Les dépenses induites par les soins de santé et la dépense globale du risque maladie¹ n'atteignent pas la moyenne du Nord - Pas-de-Calais, et ce dans aucune des Caisses primaires d'assurance maladie. Au plus bas,

¹ Le montant total du risque maladie correspond aux dépenses de soins de santé auxquelles viennent s'ajouter les *prestations en espèces*, c'est-à-dire, le versement des indemnités journalières.

les personnes protégées de Valenciennes sous-consomment à hauteur de 14 % par rapport à la moyenne nationale.

Deux hypothèses peuvent légitimement être émises. Ces moindres dépenses résulteraient d'une inadéquation des équipements aux besoins locaux, les assurés ayant tendance à ne pas consommer des services qui ne répondent pas à leur attente, ou il faudrait invoquer un comportement propre à ce secteur, les habitants du Bassin houiller étant, dans ce cas, des assurés sociaux exemplaires.

Tableau 13

Montants et indices des dépenses constatées en 1993, par personne protégée par le régime général dans les trois Caisses primaires du Bassin houiller, la région et la France

Caisse primaire d'assurance maladie	Ambulatoire		Hospitalisation		Montants globaux	
	Honoraires privés montants (indice)	Prescriptions montants (indice)	Dotations globales montants (indice)	Frais de séjour privé montants (indice)	Soins de santé montants (indice)	Dépenses risque maladie montants (indice)
Douai	1 137,07 (92)	1 665,23 (88)	1 988,5 (65)	273,5 (79)	5 979,46 (81)	6 433,25 (82)
Lens	1 224,53 (98)	1 859,24 (98)	2 508,47 (82)	282,13 (77)	6 538,21 (90)	7 111,15 (91)
Valenciennes	1 353,69 (109)	1 999,46 (106)	2 667,86 (87)	329,33 (95)	7 066,54 (96)	7 531,79 (96)
Région	1 238,86 (100)	1 894,32 (100)	3 062,84 (100)	345,68 (100)	7 352,14 (100)	7 824,37 (100)
FRANCE	1 332,08 (108)	1 853,79 (98)	3 331,32 (109)	472,08 (137)	7 998,15 (109)	8 481,82 (108)

Sources : Cnam Nord-Picardie, Service études et développement/Cnam

L'hospitalisation

Ces moindres dépenses sont particulièrement creusées pour ce qui relève des frais et budgets liés à l'hospitalisation. Les établissements publics et Psph² de Douai ont reçu une dotation globale de fonctionnement³ de 1 988 francs par personne protégée qui représente un différentiel de 40 % par rapport à la moyenne nationale, et de 35 % par rapport à la région. Lens et Valenciennes ne franchissent pas le seuil des 3 000 francs par personne assurée relevant du régime général⁴.

² Psph : Participant au service public hospitalier.

³ Depuis la loi de janvier 1983, elle « représente la part des dépenses obligatoirement prises en charge par les régimes d'assurance-maladie ».

⁴ Il est à signaler que ces données font abstraction des personnes résidant localement et relevant du régime des mines. Ces indicateurs sont, dans cette mesure, plus fiables que si l'on avait rapporté ces sommes à l'ensemble de la population locale.

En nombre de lits de court séjour installés, le Bassin houiller représente 22 % dans l'ensemble de la région. Deux pôles hospitaliers se détachent nettement. Il s'agit de Valenciennes (8 % des lits de la région) et Lens (7 % des lits du Nord - Pas-de-Calais).

En médecine, les informations relatives aux comportements de la population manquent. Dans le secteur de Béthune, le centre hospitalier constitue, selon les services de l'assurance maladie, le principal établissement du secteur. Il en est de même à Lens et à Valenciennes. Le centre hospitalier de Douai semble devoir partager ses prestations médicales avec les cliniques du secteur.

En chirurgie, le centre hospitalier de Béthune ne réalise que 10,5 % des entrées. Une clinique du secteur draine à elle seule 34 % des entrées. Il est à signaler que, localement, les parts de marché des établissements publics et PspH sont nettement minoritaires. A l'ouest immédiat, le centre hospitalier de Lens fait jeu égal avec l'établissement privé installé à Bois-Bernard (27 % des entrées tous les deux). Enfin, les centres hospitaliers de Douai et de Valenciennes parviennent à se placer au premier rang (33 % et 26,7 % des entrées sectorielles). L'ensemble des équipements hospitaliers du Valenciennois répond à hauteur de 86,5 % aux besoins de la population⁵. Ce taux de captation interne est très élevé pour un secteur non métropolitain du Nord - Pas-de-Calais. Les habitants des secteurs de Béthune et Lens se sont adressés 7 fois sur 10 à des établissements locaux (l'effet de « masse critique » 664 lits de chirurgie sur le secteur de Lens ne s'exprime pas). Le secteur de Lens semble avoir quelques difficultés à s'affirmer en tant que troisième pôle hospitalier régional après Valenciennes. Les hospitalisés de

⁵ Proportion établie sur la base du taux de « captation interne ». Celui-ci est calculé en rapportant au nombre total d'entrées de personnes résidant dans le secteur les admissions s'étant réellement produites dans des établissements du secteur.

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Le système de soins

Douai (313 lits seulement) se sont rendus 3,5 fois sur 10 hors du secteur, ce qui est beaucoup. On remarquera que, plus l'intensité de captation *in situ* est basse, plus la force de gravité extérieure exercée par la métropole est importante.

En obstétrique, les centres hospitaliers occupent, fort logiquement, une place prépondérante dans la couverture des besoins locaux (pourcentages d'entrées sur le secteur : Béthune 40,5 %, centres hospitaliers de Lens 52,3 %, Douai 56,8 % et Valenciennes 54,9 %). Compte tenu des plus petits rayons de recrutement qui prévalent très classiquement dans ce type d'offre de soins, il est très logique que les taux de captation internes soient sensiblement plus élevés qu'en chirurgie. On signalera toutefois qu'il est relativement illogique, incompréhensible que 23 % des admissions en obstétrique (17,5 % seulement à Douai) échappent aux établissements du secteur de Lens pour parvenir dans la proportion de 99,04 % dans des maternités situées dans l'agglomération lilloise.

Tableau 14

**Nombre de lits, activité et taux de captation hospitaliers
dans les secteurs sanitaires du Bassin houiller en 1994**

MEDECINE

Secteurs sanitaires	Lits installés Médecine	Parts de marché 93 public+PSPH		
		Lits	Entrées	Journées
Béthune	329	92%	86%	90%
Douai	316	98%	98%	98%
Lens	691	78%	74%	76%
Valenciennes	830	95%	98%	93%

CHIRURGIE

Secteurs sanitaires	Lits installés Chirurgie	Parts de marché 93 public+PSPH			Taux de captation interne % hosp. en chirurgie	% Fuites vers métropole
		Lits	Entrées	Journées		
Béthune	414	39%	25%	31%	70,02%	96,70%
Douai	313	61%	39%	49%	64,09%	96,58%
Lens	664	78%	67%	75%	68,35%	96,13%
Valenciennes	738	55%	38%	48%	86,48%	91,34%

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Le système de soins

OBSTETRIQUE

Secteurs sanitaires	Lits installés Obstétrique	Parts de marché 93 public+PSPH			Taux de captation interne % hospit. en chirurgie	% Fuites vers métropole
		Lits	Entrées	Journées		
Béthune	101 (d* : 6lits)	61%	61%	53%	78,78%	98,04%
Douai	97 (d* : 4lits)	69%	67%	65%	83,51%	95,67%
Lens	144	79%	79%	77%	77,27%	99,04%
Valenciennes	177	63%	64%	60%	92,92%	94,24%

* d = déficit en nombre de lits d'après l'assurance maladie

Source : Cram

LA DIVERSITE DES DISCIPLINES DISPENSEES : ATOUTS ET LACUNES

Ces différents comportements doivent être examinés non seulement en regard de l'ampleur de l'offre de soins hospitaliers, mais aussi en fonction de la diversité des disciplines dispensées localement⁶ (voir tableau 15). En examinant ces disciplines depuis la moins rare (chirurgie générale) jusqu'à la plus exceptionnelle (chirurgie grands brûlés), un curieux déficit semble se dessiner en gynécologie chirurgicale. En premier lieu, il apparaît que ce secteur ne se caractérise pas par une notable spécialisation des disciplines qui y sont dispensées. Avec 28 % des disciplines dispensées par les hôpitaux et cliniques, pour 37 % des établissements implantés et 33 % de la population, le Bassin houiller ne représente que 19 % des établissements de soins

⁶ La liste des spécialités qui est utilisée ici, reprend les définitions par « discipline budgétaire » employée par les services de l'Assurance maladie. Cet inventaire ne tient pas compte des « orientations » de nombreux services hospitaliers.

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Le système de soins

Tableau 15

Proportions d'établissements, rapportés à l'ensemble de la région, pour chaque discipline (nomenclature assurance maladie) en 1994

Secteurs sanitaires	Secteurs sanitaires																				
	Chirurgie générale	Orthopédie, traumatologie	Chirurgie digestive	Gynécologie chirurgicale	Obstétrique	ORL, ophtalmo, stomato, chir max. faciale	Chirurgie carcinologique	Gynécologie médicale	Médecine générale sans orientation	Cardiologie médicale	Urologie	Pneumologie, phthisiologie	Suivi de grossesses pathologiques et à risques	Hépatogastro-entérologie, gastro-entérologie	Médecine carcinologique	Chirurgie thoracique, vasculaire, cardiovasc.	Soins intensifs en cardiologie	Endocrinologie et diabétologie	Réanimation médicale	Pédiatrie enfants	Médecine gériatrique
Béthune	8%	9%	9%	5%	6%	10%	12%	5%	5%	3%	9%	6%	10%	4%	4%	14%	0%	5%	5%	5%	0%
Douai	4%	4%	5%	5%	6%	4%	0%	2%	2%	3%	9%	6%	3%	0%	4%	0%	5%	5%	5%	5%	6%
Lens	10%	9%	11%	3%	8%	4%	5%	5%	7%	14%	3%	9%	10%	11%	4%	9%	9%	10%	10%	5%	6%
Valenciennes	11%	7%	6%	5%	8%	12%	12%	10%	10%	3%	6%	9%	10%	4%	0%	5%	5%	5%	5%	5%	0%
Bassin houiller	33%	30%	30%	19%	27%	30%	29%	22%	24%	22%	26%	30%	33%	18%	11%	27%	18%	24%	24%	20%	12%

Secteurs sanitaires	Secteurs sanitaires																		
	Neurologie	Réanimation chirurgicale	Néonatalogie	Néphrologie	Rhumatologie	Pédiatrie adolescents	Toxicomanie	Sida	Hématologie et maladie du sang	PMA	Neurochirurgie	Cancérologie infantile	Cardiologie infantile	Hématologie pédiatrique	Néphrologie infantile	Chirurgie grands brûlés	Moyenne sur l'ensemble des disciplines	Établissements	Population
Béthune	6%	7%	0%	9%	0%	0%	0%	14%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	9%	7%	7%
Douai	0%	7%	7%	0%	0%	13%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	4%	8%	6%
Lens	13%	7%	7%	9%	22%	0%	0%	14%	17%	20%	0%	25%	50%	0%	50%	0%	8%	10%	10%
Valenciennes	6%	0%	7%	9%	11%	13%	13%	14%	17%	20%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	7%	13%	9%
Bassin houiller	25%	20%	21%	27%	33%	25%	13%	43%	33%	40%	0%	25%	50%	0%	50%	0%	28%	37%	33%

Sources : Cram Nord-Picardie, Service études et développement/Cnam

Dans le même tableau, on retrouve une nouvelle « faiblesse » à propos de l'hépatogastro-entérologie et de la gastro-entérologie⁷ (18 % des établissements régionaux pratiquent cette discipline), puis

⁷ Au-delà les proportions ne peuvent guère avoir de signification.

pour la médecine carcinologique (11 % des établissements du Nord - Pas-de-Calais). Cette discipline est fort curieusement absente du secteur de Valenciennes (compte tenu de la masse critique atteinte tant par le total de lits, le nombre d'établissements, que par la grande diversité des autres spécialités qui y sont présentes), tout comme le sont la médecine gériatrique et la réanimation chirurgicale. Il est toutefois vraisemblable que des services hospitaliers dispensent ces soins. Il s'agit, dans ce cas, « d'orientations » et non de véritables « spécialités » reconnues par l'Assurance maladie.

LES BASSINS DE RECRUTEMENT ET LES FUITES

L'analyse par bassin de recrutement permet de mieux appréhender le fonctionnement de l'hospitalisation locale, ainsi que ses relations avec l'ensemble de la région. La carte des taux d'hospitalisation permet, tout d'abord, d'observer que l'ampleur du recours aux soins est globalement constante dans les cantons, la seule anomalie notable étant le fort score réalisé par les habitants de Bully-les-Mines : 38 admissions pour mille habitants.

Dans l'ensemble, la carte des bassins de recrutement démontre une forte cohérence des attractions locales.

Béthune

Le secteur de Béthune s'étend largement, protégé vers le nord, l'ouest et le sud, par l'éloignement des pôles hospitaliers de Calais, Boulogne-sur-Mer et Arras. Il entre en recouvrement avec l'aire de captation de Lens qui, elle-même, déborde vers l'est, au-delà de la limite départementale, sur le secteur de Douai-ouest et la ville de Douai.

Lens

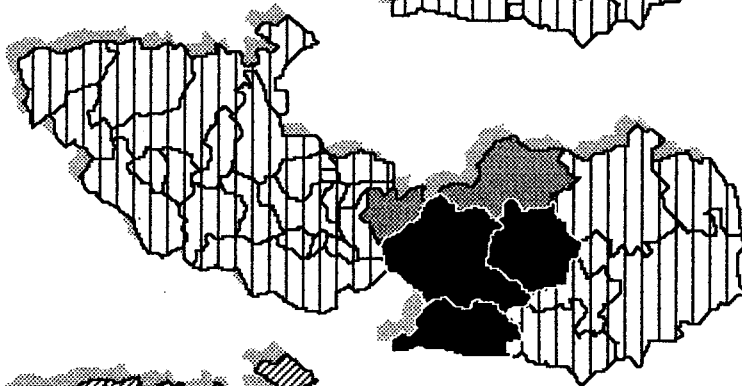
Le secteur de Lens prélève plus de 10 % des admissions et exerce les mêmes captations aux dépens des cantons de Vimy, Nœux-les-

Les Bassins de recrutements des établissements
implantés dans les secteurs sanitaires
du Bassin houiller et de Lille

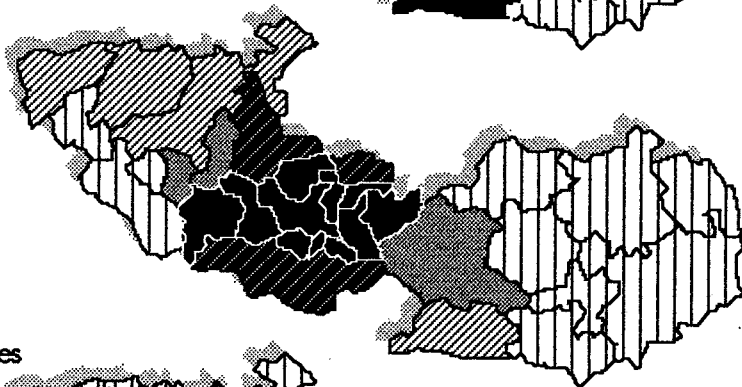
Béthune



Douai



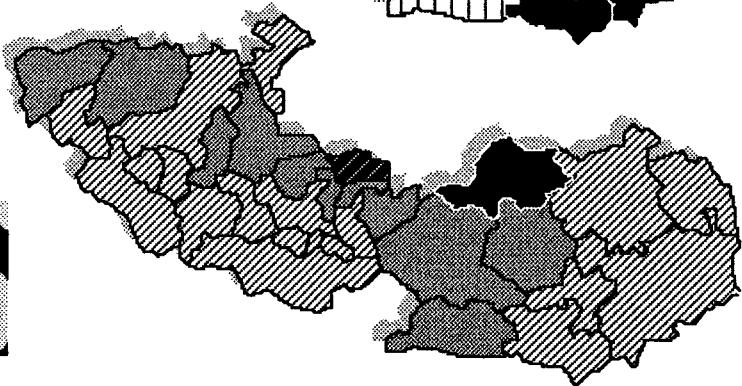
Lens



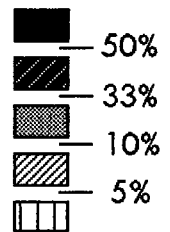
Valenciennes



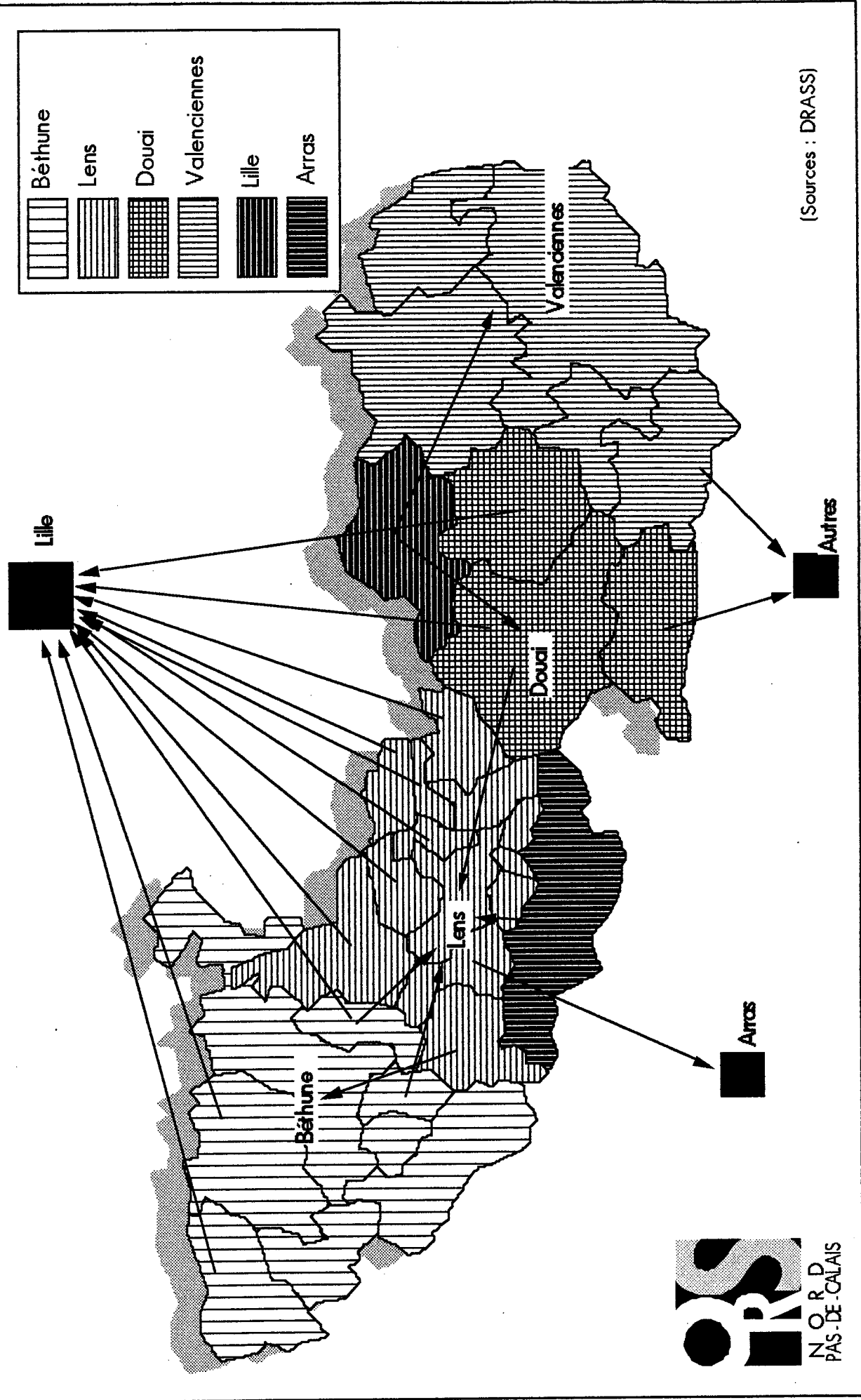
Lille



% d'attraction locale



Les aires d'attractions hospitalières en 1992 et les fuites de clientèles supérieures à 10 %



Mines et Barlin. Il s'étend sur une dizaine de cantons densément peuplés.

Douai

L'aire d'attraction hospitalière de Douai est singulièrement restreinte. Le canton d'Orchies, au nord, lui échappe, bascule vers la métropole.

Valenciennes

Valenciennes est l'ensemble qui parvient le mieux à préserver son territoire des concurrences extérieures. La solidité de son bassin de recrutement (qui s'étend depuis Saint-Amand-rive-gauche jusqu'à Denain et Bouchain) borne très exactement la classe d'attraction médiane (entre 10 % et 33 % d'attraction locale) caractérisant les débordements de l'attraction lilloise.

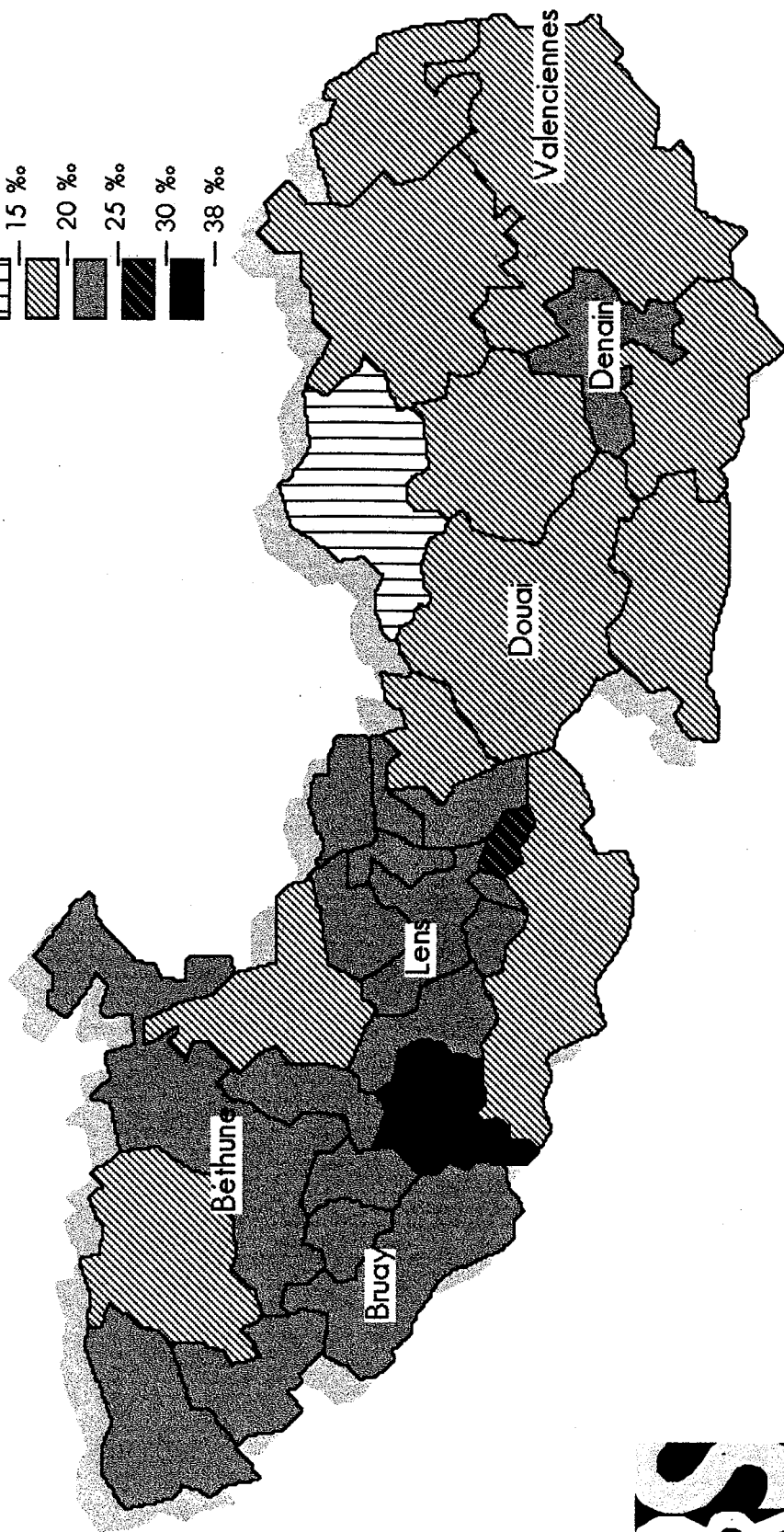
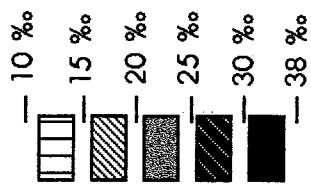
Il convient d'examiner ces phénomènes hospitaliers en les comparant aux comportements spontanés locaux. Il semble, en effet, que les phénomènes précédemment décrits se calquent presque parfaitement sur la carte des « attractions périphériques exercées sur la main-d'œuvre résidant dans le Bassin minier ».

La médecine ambulatoire

En regard des montants globaux engagés par l'assurance maladie en 1993, on peut considérer que les habitants du Bassin houiller ont tendance à ne pas recourir aux soins de ville. Dans une certaine mesure, il serait presque tentant de suggérer qu'ils manifestent, en la matière, une certaine appétence, une tendance les portant à faire appel au « médecin de ville ».

Taux d'hospitalisation en 1992

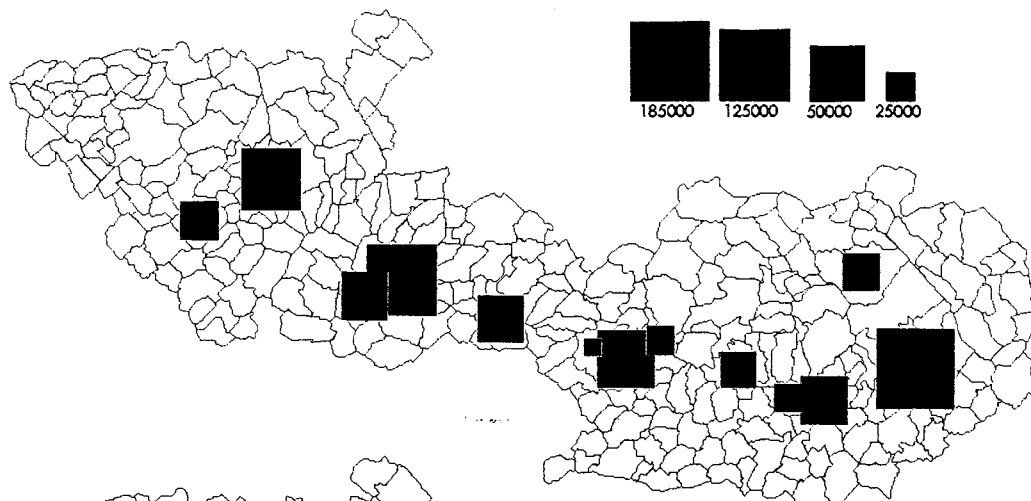
Taux d'hospitalisation



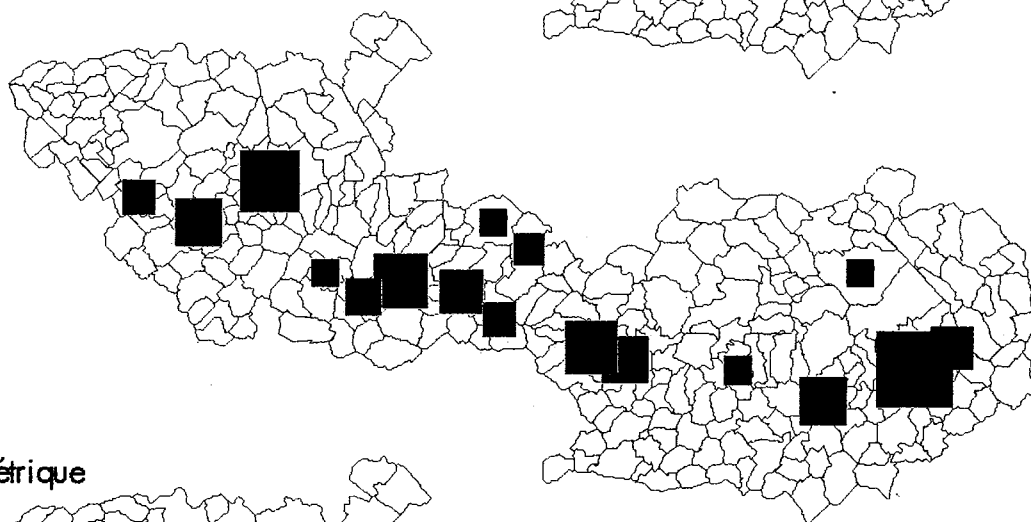
Le recours aux soins hospitaliers dans le Bassin houiller

Nombre de journées dans l'ensemble des établissements de chaque commune

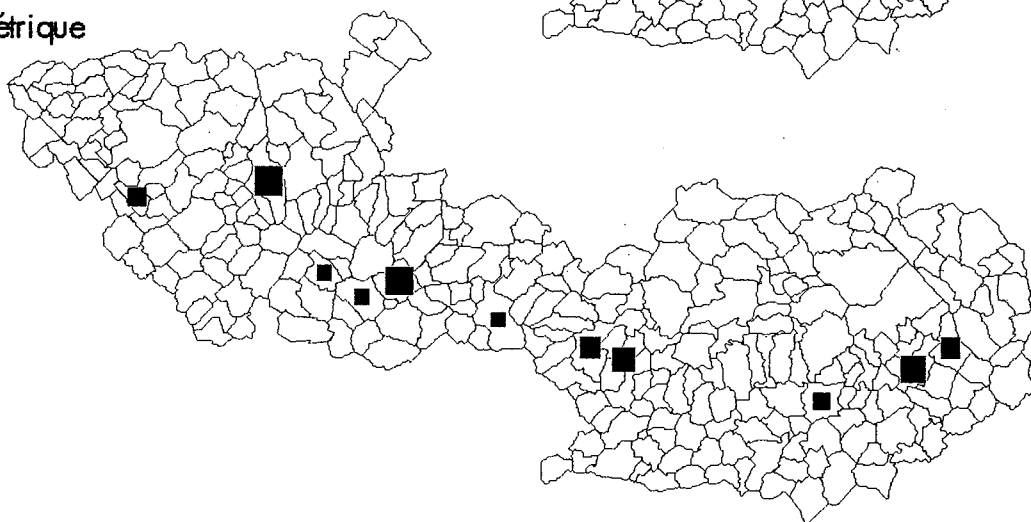
Médecine



Chirurgie



Gynécologie-Obstétrique



Alcoologie

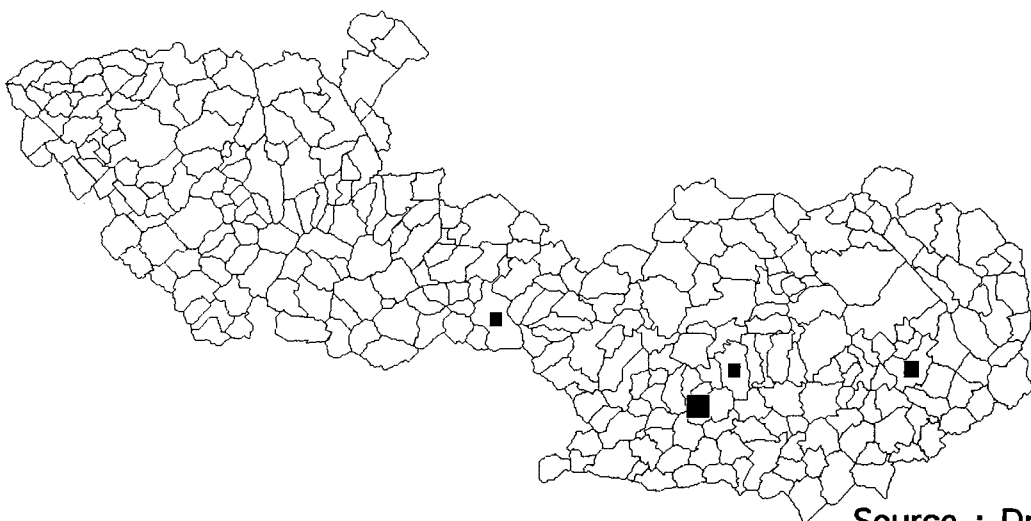


Tableau 16

Les actes de médecine libérale rapportés au nombre d'habitants
dans le Bassin houiller en 1993

Caisse primaire d'assurance maladie	Consultations		Visites		Actes de chirurgie		Actes de radiologie		Total	
	Nb/ hab.	Indice	Nb/ hab.	Indice	Nb/ hab.	Indice	Nb/ hab.	Indice	Nb/ hab.	Indice
Douai	3,8	78	2,2	157	0,8	67	0,8	114	7,7	94
Lens	3,6	73	1,9	136	0,8	67	0,7	100	7,1	87
Valenciennes	4,1	84	2,7	193	1,1	92	0,8	114	8,7	106
FRANCE	4,9	100	1,4	100	1,2	100	0,7	100	8,2	100

Source : Cnam

LA CONSOMMATION DE VILLE

La structure des actes de la médecine libérale fait apparaître une légère surconsommation dans la CPAM de Valenciennes et une sous-consommation plus nettement marquée pour la CPAM de Lens (7,1 actes par habitant et par an, contre 8,2 act./hab./an en moyenne nationale). Ici, les consultations (3,6 actes par habitant et par an), ainsi que les actes chirurgicaux (0,8 actes par habitant et par an), sont anormalement peu fréquents. Cette moindre consommation se retrouve dans la fréquence des visites⁸. Or, si la CPAM de Valenciennes se caractérise par un indice record atteignant 193, celle de Lens reste à un nombre de visites annuelles par habitant relativement modeste : 1,9⁹. Si l'on tient compte des dépenses d'hospitalisation publique qui sont de 82 (par rapport à la moyenne régionale, mais de 73 par rapport à la norme nationale) et de la modestie des déplacements spontanés entre le secteur lensois et la

⁸ Une des spécificités de la consommation de soins des habitants du Nord - Pas-de-Calais est le maintien des visites à domicile dans les relations médecin/malade dans des proportions disparues ailleurs.

⁹ Pour les autres CPAM de la région, la fréquence des visites par an et par habitant était de :

Armentières	2,84	Roubaix	2,17
Cambrai	3,23	Tourcoing	2,22
Dunkerque	2,17	Arras	2,48
Lille	2,28	Boulogne	2,91
Maubeuge	3,03	Calais	2,63.

métropole¹⁰ ce qui exclut ou atténue de beaucoup l'influence substitutive que l'agglomération lilloise pourrait exercer spontanément auprès de la population locale, un phénomène de sous-recours aux soins marqué semble être plus que probable.

LA DEMOGRAPHIE MEDICALE LOCALE

Ces sous-consommations -sous-recours- sont complétées par l'existence locale de sous-densités médicales libérales, elles aussi bien nettes et spécifiques au secteur lensois, puisque moins patentes à Douai et Valenciennes.

Tableau 17

Les médecins libéraux en 1993 dans le Bassin houiller

Caisse primaire d'assurance maladie	Ensemble des médecins			Généralistes			Spécialistes		
	Nb	Densité *	Indice	Nb	Densité *	Indice	Nb	Densité *	Indice
Douai	353	142,6	73	216	87,3	94,7	118	47,7	53
Lens	748	121,6	63	449	73,0	79,3	255	41,5	46
Valenciennes	546	156	80	326	93,1	101,1	196	56,0	62
Bassin houiller	1 647	135,8	70	991	81,7	88,7	569	46,9	52
FRANCE	111 930	194,4	100	52 994	92,1	100	51 963	90,3	100

* pour 100 000 habitants

Source : Cnam

Lens et Douai sont-elles, de ce point de vue, des villes « handicapées » ?

Certes, « ne compter que 73 généralistes pour 100 000 habitants » pourrait constituer un atout local puisque la pléthore médicale qui prévaut pour l'ensemble du pays serait, *de facto*, exclue ici. Mais, ne pouvoir compter que sur 41,5 médecins spécialistes pour 100 000 habitants représente un tout autre enjeu, compte tenu de ce qui a été énoncé précédemment¹¹.

¹⁰ 14 % de la population active occupée résidant dans le secteur de Lens travaille dans la métropole. Cette proportion est de 18 % pour les zones de résidence de Douai et Béthune qui ne sont guère plus proches, en distance et en temps, de Lille - Roubaix - Tourcoing.

¹¹ A savoir, dotations hospitalières, parts de marché réduites pour les établissements d'hospitalisation publique, état de santé très dégradé.

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Le système de soins

Au regard de l'état de santé local (évalué tant au travers des causes de décès que de la mortalité infantile et périnatale), il est problématique de constater de tels déficits parmi les médecins spécialistes et, plus particulièrement, chez les gynécologues, les psychiatres et les pédiatres.

Dans la CPAM de Lens, tout fonctionne comme si la structuration du tissu médical libéral local avait peu changé depuis plusieurs décennies : les chirurgiens et les radiologues sont peu nombreux, l'effectif de pneumologues semble hériter du passé et le nombre de psychiatres pourrait être à la mesure de comportements bien peu contemporains, émanant de la population elle-même et/ou de l'ensemble des praticiens locaux.

Dans une moindre mesure, les mêmes tendances se manifestent dans le secteur de Douai : peu de chirurgiens, de gynécologues, de psychiatres et de pédiatres.

Tableau 18

Spécialités significatives en 1993 dans le Bassin houiller

Caisse primaire d'assurance maladie	Chirurgiens			Radiologues			Gynécologues		
	Nb	Densité *	Indice	Nb	Densité *	Indice	Nb	Densité *	Indice
Douai	7	2,8	44	14	5,7	68	14	5,7	56
Lens	16	2,6	40	29	4,7	57	33	5,4	53
Valenciennes	15	4,3	66	21	6,0	72	29	8,3	82
Bassin houiller	38	3,1	48	64	5,3	64	76	6,3	62
FRANCE	3 726	6,5	100	4 752	8,3	100	5 813	10,1	100

Caisse primaire d'assurance maladie	Pneumologues			Psychiatres			Pédiatres		
	Nb	Densité *	Indice	Nb	Densité *	Indice	Nb	Densité *	Indice
Douai	3	1,2	64	5	2,0	22	2	0,8	15
Lens	12	2,0	103	9	1,5	16	12	2,0	35
Valenciennes	7	2,0	105	9	2,6	28	7	2,0	36
Bassin houiller	22	1,8	95	23	1,9	20	21	1,7	31
FRANCE	1 084	1,9	100	5 368	9,3	100	3 142	5,5	100

* pour 100 000 habitants

Source : Cnam

Le réseau de spécialistes libéraux de Douai est en voie de « métropolisation »

On constate sur les tableaux qui suivent que le rythme de progression est particulièrement soutenu à Douai. Le taux de consommation annuel moyen (TCAM) global atteint 3,1, soit plus de deux fois la moyenne nationale. La progression du nombre des spécialistes qui y exercent, + 4,6 % par an entre 1990 et 1993, est de trois fois supérieure à la progression nationale. La zone médiane du Bassin houiller devient une aire attractive pour les implantations nouvelles de praticiens. Ces implantations spontanées pourraient être le signe d'une potentialisation de « la fonction carrefour » et la conséquence des effets de l'attraction/complémentarité que l'agglomération lilloise exerce sur le Douaisis. Si de plus en plus de familles, ayant un emploi, élisent Douai et sa région comme lieu de résidence (et non pas comme lieu de travail, celui-ci étant en métropole), il semble logique que s'installent à proximité les spécialistes qui faisaient défaut jusqu'alors.

La mise en place d'un réseau de villes, alliant agglomération centrale et Douaisis est, probablement, en cours. Dans ce contexte, l'offre de ville qui se développe actuellement pourrait croître parallèlement à la perte d'influence de l'hospitalisation locale.

Le cas du Douaisis mérite d'être souligné, car il démontre qu'il est possible d'allier des évolutions quantitatives et qualitatives. Un réseau entre secteur et métropole d'une part et, d'autre part, entre hospitalisation, médecine de ville et beaucoup d'autres structures du système de soins est, sans doute, en voie de constitution.

**L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Le système de soins**

Tableau 19

**Taux de croissance annuel moyen du nombre de
médecins libéraux dans le Bassin houiller entre 1990
et 1993**

Caisse primaire d'assurance maladie	Total		Généralistes		Spécialistes	
	TCAM 90-93	Indice	TCAM 90-93	Indice	TCAM 90-93	Indice
Douai	3,1	238	2,6	217	4,6	307
Lens	2,1	162	2,2	183	1,6	107
Valenciennes	1,8	138	1,4	117	1,8	120
FRANCE	1,3	100	1,2	100	1,5	100

Caisse primaire d'assurance maladie	Chirurgiens		Radiologues		Gynécologues	
	TCAM 90-93	Indice	TCAM 90-93	Indice	TCAM 90-93	Indice
Douai	0	-	5,3	331	11,9	1 190
Lens	2,2	550	1,2	75	1,2	120
Valenciennes	-4,1	-	0	0	3,2	320
FRANCE	0,4	31	1,6	133	1	100

Caisse primaire d'assurance maladie	Pneumologues		Psychiatres		Pédiatres	
	TCAM 90-93	Indice	TCAM 90-93	Indice	TCAM 90-93	Indice
Douai	14,5	1 115	0	0	0	0
Lens	2,9	223	0	0,0	-5,0	-714
Valenciennes	5,3	408	4	97,6	-4,4	-629
FRANCE	1,3	100	4,1	100	0,7	100

Source : Cnam

L'infrastructure sanitaire du régime minier

Le régime minier de Sécurité Sociale est le doyen des régimes sociaux créés en France pour couvrir les dépenses de santé. Ce régime a l'originalité de fusionner le système de soins et le système d'assurance maladie.

Dans les années 1950, devant la carence de l'organisation sanitaire et la sous-médicalisation des régions à forte densité de population minière, pour attirer les médecins dans les cités minières, les sociétés de secours minières ont adopté la médecine à temps plein afin de se doter d'un système ambulatoire de qualité.

En 1994, l'Union régionale des sociétés de secours minières comptait 142 médecins généralistes, salariés à temps-plein pour la plupart. Ces derniers travaillent dans des cabinets médicaux (un à trois cabinets par médecin) où se pratiquent les soins infirmiers des malades ambulatoires (153 infirmières). C'est la médecine du premier degré.

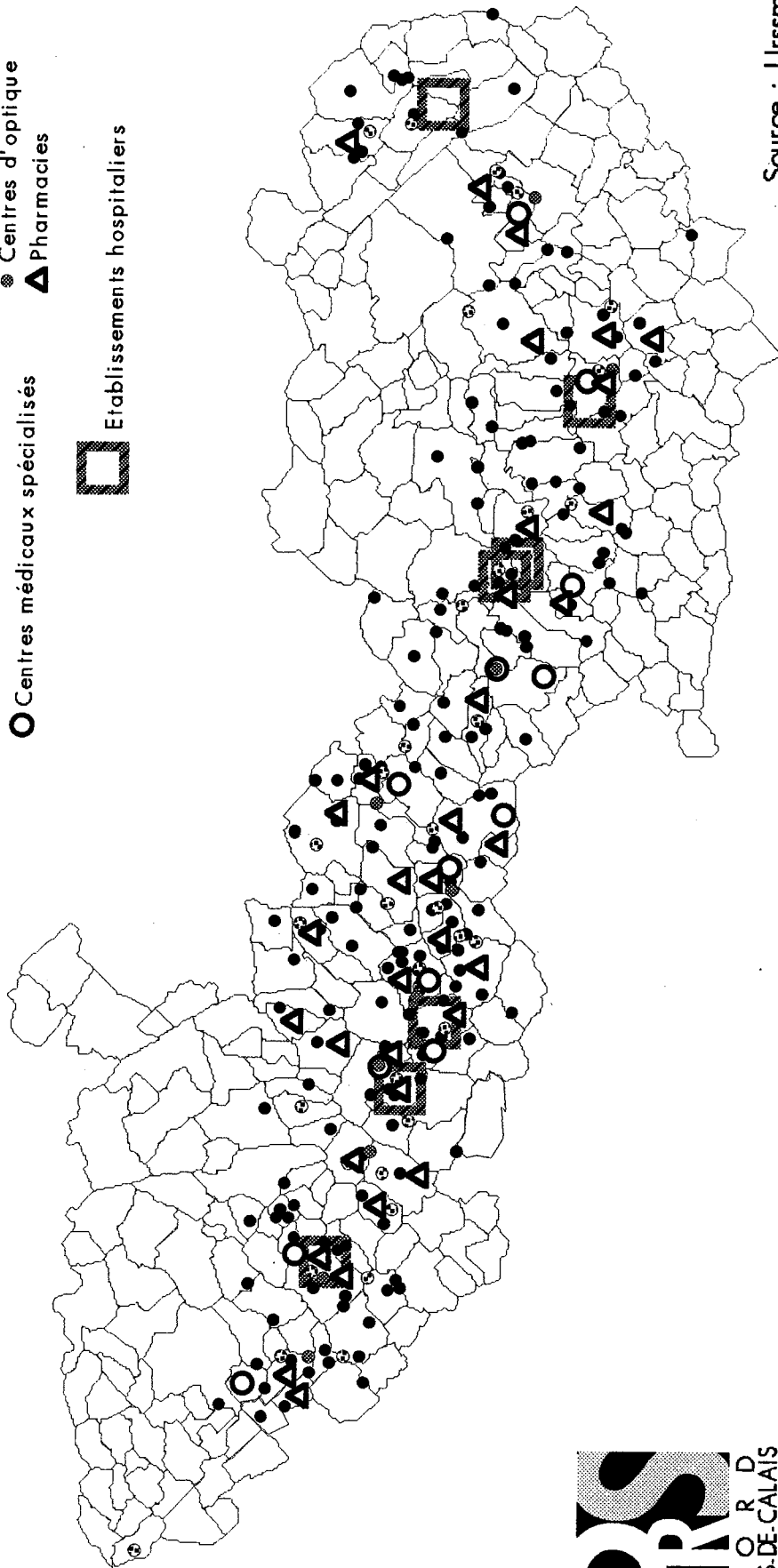
Le médecin généraliste dispense les soins à la population d'un secteur qui lui est affilié, et dont l'effectif moyen tourne autour de 1 018 personnes. Le libre choix du médecin est possible ; cependant, il semble que la clientèle minière soit, en pratique, fidèle pour ce qui concerne le recours au médecin généraliste, selon les informateurs-clés rencontrés au cours de cette étude.

L'ACTIVITE DES « GENERALISTES MINIERES »

L'enquête de Bui Dang Ha Doan et Danièle Lévy, réalisée auprès de tous les médecins généralistes de trois sociétés de secours minières (du Douaisis, de la Loire et de la Sarre Moselle) a permis de

Les œuvres du régime minier

- Cabinets médicaux
- Centres médicaux spécialisés
- ◻ Etablissements hospitaliers
- ⊙ Cabinets dentaires
- ⊗ Centres d'optique
- △ Pharmacies



mettre en évidence une répartition différente de leur activité par rapport aux généralistes libéraux. (voir tableau 20)¹²

Tableau 20

Comparaison de la structure des actes médicaux :
médecine minière et médecine libérale

Nature des actes	Omnipraticiens libéraux France - Année 1990		Généralistes à temps plein du régime minier - 7 semaines en 1991	
	Nombre (en millions)	%	Nombre (en unités)	%
Consultations	163,7	64,3	65 153	74,3
Visites*	77,0	30,3	21 944	25,0
Actes en K	13,1	5,2	589	0,7
Actes en Z	0,5	0,2	-	-
Total	254,4	100,0	87 686	100,0

* Y compris les visites de nuit et jours fériés

Sources : SSM Douaisis, Loire, Sarre-et-Moselle

Dans la médecine minière, les trois-quarts des actes du généraliste sont des consultations. Les visites et les actes de petite chirurgie ne représentent que 25 % des actes contre 35,5 % dans le régime général.

Une enquête sur la Santé et la Protection sociale, représentative de l'ensemble des ménages dont un membre au moins est assuré au régime général,¹³ observe que 23 % seulement des personnes enquêtées consultent leur médecin généraliste en un mois, soit environ 40 % en 7 semaines.

Plus surprenant encore est la répétition des soins. Dans l'enquête régime minier, on enregistre 100,5 séances pour 100 ressortissants en 7 semaines, dans le régime général, 30 séances pour 100 personnes enquêtées sont réalisées en un mois (soit environ 52,5 % en 7 semaines). Ces écarts peuvent en partie s'expliquer par

¹² Bui Dang Ha Doan, Danièle Lévy La demande et l'offre de soins : la médecine générale dans le régime minier, Cah. Socio. Démo. Méd., 36^e année, n°1, janvier-mars 1996.

¹³ A. Bocognano, N. Grandfils, Ph Lefur, An Mizrahi, Ar Mizrahi, Santé, soins et protection sociale en 1992, CREDES, 1993.

la différence de la structure d'âge (population minière plus âgée), également par la période d'enquête (enquête régime minier réalisée en automne 1991, enquête régime général portant sur l'année 1992). Cependant, il est fort probable que le recours aux soins et la couverture par la médecine générale soient nettement supérieurs chez les bénéficiaires du régime minier.

La forte activité de la médecine générale est probablement contrebalancée par une moindre activité de la médecine spécialisée. En effet, le généraliste est considéré comme le pivot du système de soins du régime minier, si bien qu'une consultation en médecine spécialisée n'est possible que si le patient est adressé par le médecin généraliste. C'est à ce niveau que les informateurs-clés ont parlé de « fuites » vers la médecine libérale spécialisée, notamment en cardiologie et en gynécologie.

La médecine spécialisée ou médecine du second degré est pratiquée au sein de 12 centres de spécialités dont chacun offre la plupart des consultations suivantes : allergologie, angiologie-phlébologie, cardiologie, chirurgie, dermatologie, diététique, endocrinologie, gastro-entérologie, gynécologie, médecine interne, médecine physique, neurologie, ophtalmologie, ORL, orthopédie, pédiatrie, pneumologie, psychiatrie, radiologie, rhumatologie, stomatologie, urologie.

Les centres sont répartis sur douze communes qui sont, d'est en ouest : Anzin, Escaudain, Guesnain, Douai, Hénin-Beaumont, Oignies, Billy-Montigny, Lens, Liévin, Grenay, Bruay-la-Buissière et Auchel. Parmi ces douze communes, la moitié n'abrite que très peu de spécialistes libéraux : Auchel (4), Billy-Montigny (0), Escaudain (0), Grenay (0), Guesnain (0) et Oignies (4).

Actuellement, la médecine du premier et du second degré n'est accessible qu'aux ressortissants du régime minier.

Enfin, il existe un troisième secteur composé par les établissements hospitaliers ou médecine du 3^e degré. Ces établissements sont au nombre de dix¹⁴ :

- l'hôpital-maternité de Liévin ;
- l'établissement de soins pour personnes âgées de Liévin (ESPAL)¹⁵ ;
- l'hôpital psychiatrique « les Marronniers » de Liévin¹⁶ ;
- l'unité locale de soins d'Escaudain pour personnes âgées¹⁷ ;
- l'unité locale de soins pour personnes âgées de Fresnes-sur-Escaut¹⁸ ;
- l'unité légère de soins pour personnes âgées de Lallaing¹⁹ ;
- La Plaine de Scarpe de Lallaing²⁰ ;
- La Manaie à Auchel²¹ ;
- Le Surgeon à Bully-les-Mines²² ;
- La Roseraie à Bruay-la-Buissière²³.

Les 7 derniers établissements cités sont des centres de moyen et long séjour pour personnes âgées. En outre, l'ensemble de ces établissements n'est pas seulement réservé aux ressortissants du régime minier, mais peut aussi accueillir les autres assurés.

¹⁴ Source : la revue de l'institut social de France et de l'union européenne - N°116 - 15 avril 1995 20^e année.

¹⁵ Ces deux établissements sont actuellement en regroupement avec la clinique de Bully-les-Mines gérée par l'Association hospitalière Nord-Artois-Cliniques (AHNAC). De cette fusion résultera la Polyclinique de Liévin qui sera un établissement participant au service public hospitalier (Psph), en copropriété entre l'Union régionale des sociétés de secours minières et la Société de secours minière de la Gohelle, et géré par l'AHNAC.

¹⁶ Cet établissement, qui compte actuellement 20 lits d'hospitalisation, va être transformé en structure géro-psycho-psychiatrique avec création de lits supplémentaires de façon à réunir 43 lits de psychiatrie, 48 lits en psycho-gériatrie et 8 places d'accueil de jour.

¹⁷ 60 lits de moyen séjour.

¹⁸ 40 lits de moyen séjour.

¹⁹ 20 lits de moyen séjour.

²⁰ 40 lits de moyen séjour et 60 de long séjour.

²¹ 45 lits de moyen séjour et 80 de long séjour.

²² 60 lits de moyen séjour.

²³ 60 lits de moyen séjour.

L'AHNAC

Les établissements gérés par l'AHNAC, au nombre de 7, ne font pas partie de l'infrastructure sanitaire du régime minier. Cependant, la part des admissions de personnes affiliées au régime minier est très importante²⁴.

L'analyse du tableau ci-dessous met en évidence un fort recrutement auprès des ressortissants du régime minier dans les cliniques gérées par l'AHNAC, mais très variable selon les cliniques et surtout selon les disciplines (voir tableau 21). Avec environ seulement 11 % de ressortissants ayant moins de 25 ans, on comprend aisément le faible recrutement en obstétrique parmi la population affiliée au régime minier. C'est en médecine que le recrutement dans le régime minier est le plus prédominant (64 % en moyenne).

Tableau 21

Répartition du nombre d'admissions par régime de protection sociale dans les établissements de l'AHNAC

ETABLISSEMENTS	SSM et URSSM	Régime général	Aide médicale gratuite	Autres
Clinique chirurgicale et Maternité d'Auchel - Chirurgie	44%	39%	7%	10%
Clinique chirurgicale et Maternité d'Auchel - Maternité	12%	74%	5%	9%
Clinique médicale de Bruay-la-Buissière	89%	8%	0%	2%
Clinique chirurgicale et Maternité de Bully-les-mines - Chirurgie	36%	54%	6%	4%
Clinique chirurgicale et Maternité de Bully-les-mines - Maternité	3%	87%	8%	2%
Clinique chirurgicale de Fouquières-lez-Lens	47%	51%	2%	0%
Clinique médico-chirurgicale DARCY à Hénin-Beaumont - Chirurgie	20%	76%	0%	4%
Clinique médico-chirurgicale DARCY à Hénin-Beaumont - Médecine	68%	30%	0%	2%
Clinique chirurgicale ANQUETIL d'Oignies	33%	64%	-	3%
Clinique médico-chirurgicale TESSIER à Valenciennes - Chirurgie	39%	54%	4%	2%
Clinique médico-chirurgicale TESSIER à Valenciennes - Médecine	47%	47%	2%	4%

Sources : DIM AHNAC 1994

²⁴ Source : données du département de l'information médicale de l'Association hospitalière Nord-Artois-Cliniques, 1994 (Dr Louis Modaine).

Tableau 22

Répartition du nombre d'admissions par régime de protection sociale dans les disciplines dispensées par l'AHNAC

DISCIPLINE	SSM et URSSM	Régime général	Aide médicale gratuite	Autres
Médecine	64%	33%	1%	2%
Chirurgie	36%	57%	3%	4%
Obstétrique	9%	78%	6%	7%

Sources : DIM AHNAC 1994

Tableau 23

Répartition de la population générale par régime de protection sociale dans les arrondissements du Bassin houiller

ARRONDISSEMENT	SSM et URSSM	Régime général	Autres
Lens	15%	76%	9%
Douai	11%	80%	9%
Valenciennes	6%	86%	8%
Total Bassin houiller	15%	76%	9%

Source : CNAM

Enfin, si l'on compare la répartition du nombre d'admissions à la répartition de la population générale par régime de protection sociale, il n'y a guère qu'en maternité que le recrutement a un profil proche de la population générale.

Les œuvres du système minier

L'organisation médicale du régime minier est complétée par un réseau de soins appelé « les œuvres du système minier » constituées par :

- 36 pharmacies ;
- 8 laboratoires d'analyses médicales ;
- 34 cabinets dentaires (dont 9 cabinets de groupe) comptant 49 dentistes ;

- 1 laboratoire de prothèses dentaires ;
- 11 cabinets d'optique ;
- 42 kinésithérapeutes ;
- 43 assistantes sociales ;
- 1 361 aides ménagères ;
- 30 places en maison de retraite ;
- 6 lits pour malades présentant une maladie d'Alzheimer ;
- 7 places en hébergement temporaire ;
- 617 places de soins à domicile.

Parmi ces œuvres, seuls les cabinets d'optique et quelques cabinets dentaires sont ouverts aux ressortissants des autres régimes.

L'ouverture des œuvres est actuellement en cours de négociation. Elle nécessite une mise aux normes de certains centres de santé avant que ne soit passée, éventuellement, une convention avec le régime général.

L'alcoologie

Ici encore, le Douaisis se singularise par sa vitalité et son dynamisme, les cartes le montrent clairement. C'est bien là qu'hospitalisation privée²⁵ et publique²⁶, centres de postcure, centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie se complètent avec les dix-huit antennes locales d'associations d'anciens malades alcooliques.

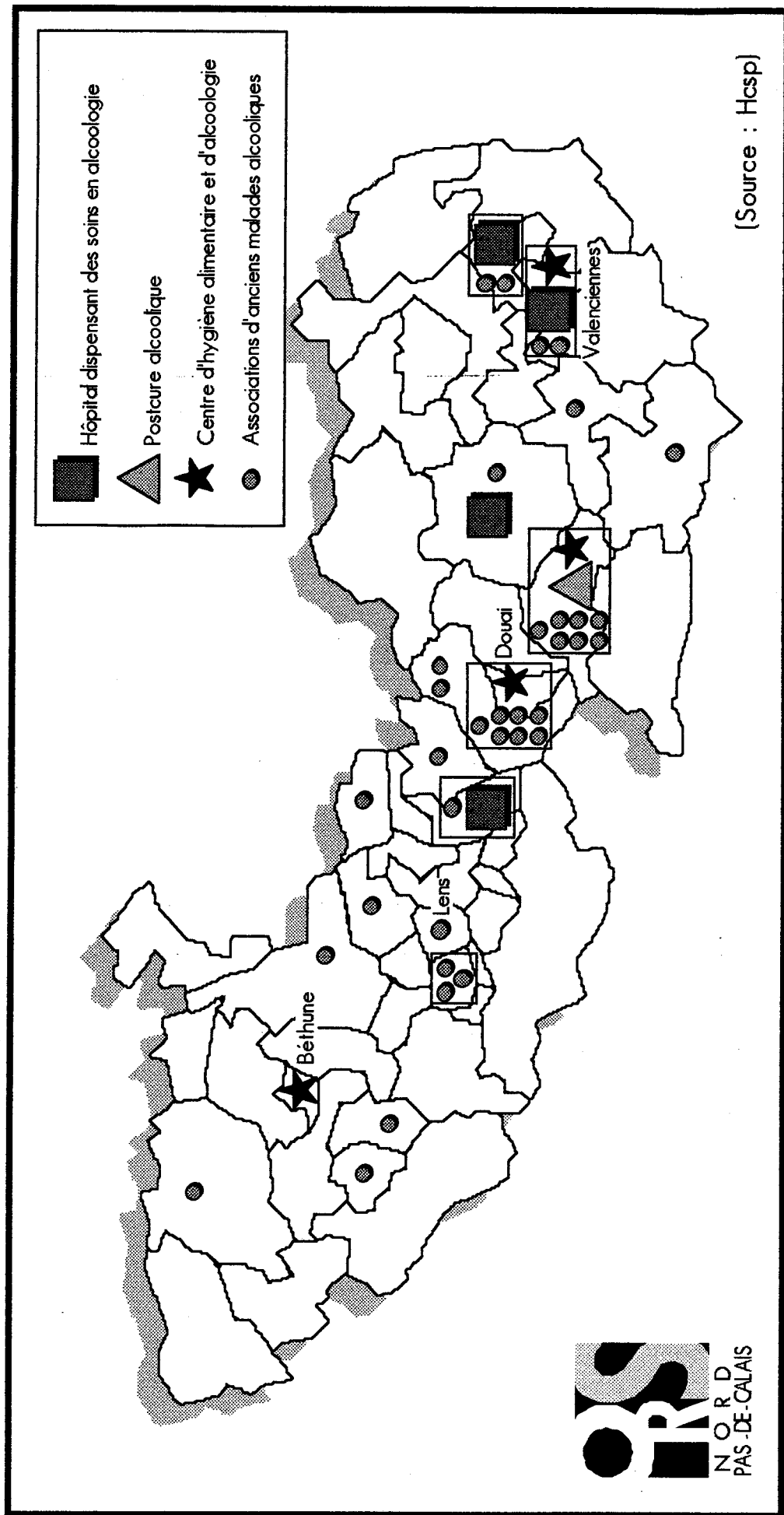
En comparaison, la situation de l'alcoologie dans le Valenciennois paraît plus incomplète, plus polarisée semble-t-il autour des centres hospitaliers.

En comparaison toujours, et en regard de la distribution de la surmortalité alcoolique dans le Bassin houiller, le Béthunois (qui compte toutefois un Centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie) et surtout le secteur de Lens se trouvent dans un état très exceptionnel de disjonction notable entre besoins de la population et moyens mis en œuvre. Outre le Centre hospitalier d'Hénin-Beaumont (dont l'unité d'alcoologie a été récemment mise

²⁵ Clinique des Bruyères à Auberchicourt.

²⁶ Centre hospitalier de Somain.

Les structures de prise en charge des malades alcooliques dans le Bassin houiller



en place), l'ensemble du dispositif d'alcoologie repose sur le tissu associatif.

Il y aurait sans doute beaucoup à attendre d'un partenariat et de la constitution d'un réel réseau de prise en charge associant, dans ce secteur, associations d'anciens malades, centres de postcure, centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie et services hospitaliers.

Le schéma régional d'organisation sanitaire a prévu la création d'une unité d'alcoologie au Centre hospitalier de Lens.

QUEL SYSTEME DE SOINS DEMAIN ?

Cette question mérite d'être posée, car les acteurs du Bassin houiller auront et ont aujourd'hui à faire passer le système de soins local, c'est-à-dire les éléments gérés jusqu'alors par les Sociétés de secours minières et leur Union régionale, de l'époque de la mine à celui du nouveau système de santé publique qui se met actuellement en place dans le pays.

S'il était légitime de considérer voici quelques années encore, que le Bassin houiller avait un système de soins spécifique et relativement homogène -les « œuvres » des mines contribuant pour beaucoup à cette unité- il devient de plus en plus certain qu'un éclatement de cet ensemble est en voie d'apparition.

Douai évolue vers une modernité qui lui sera peut-être salutaire, Valenciennes entretient son rôle de second pôle hospitalier régional, quant à Béthune et Lens... il n'est guère possible aujourd'hui de décrire ou de pressentir de quelconques tendances.

Les phénomènes contemporains

« Tout ne va pas mal dans le Bassin houiller ». Ce serait aller à l'encontre des intérêts et des besoins des habitants que de développer une analyse qui ne serait que négative. Parfois, trop de pessimisme tue l'initiative.

Une des principales notions qu'il convient de mettre en évidence, à propos de l'état de santé de la population du Bassin houiller, peut se résumer par la formule suivante : si le Bassin houiller est une entité efficiente et contemporaine, il convient d'en montrer l'état présent, la diversité au-delà de la profusion d'archétypes qui circulent à son sujet .

Certes, le rapport que nous avons produit comporte sans doute encore trop d'interrogations et insuffisamment de conclusions. Ceci constitue peut-être pour les auteurs et, qu'il veuille nous en excuser, pour le lecteur, la rançon de ce type de recherche.

L'analyse des indicateurs statistiques mène inmanquablement à une appréhension négative de trop nombreux aspects de l'état de santé local. On ne mesure pas, ou que très rarement, la qualité de vie des populations dans ses aspects positifs. L'une des fonctions de la recherche est de mettre en évidence les dysfonctionnements, afin que ceux-ci puissent être réformés éventuellement.

Par ailleurs, l'énumération de l'accumulation des retards, handicaps et dysfonctionnements locaux ne doit pas s'accompagner de la non-reconnaissance des évolutions présentes et de la diversité des situations.

Il est certain, selon nous, que l'essentiel des problèmes et des retards sanitaires caractérise dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais, non pas l'ensemble de la population, mais bien plus

particulièrement une sous-population rencontrant diverses difficultés apparues voici deux décennies et dont les formes, les manifestations, ne cessent d'évoluer dans le temps, des histoires personnelles, des mutations du contexte local.

Nous avons voulu, conformément à la commande qui nous a été faite par les services du Conseil régional Nord - Pas-de-Calais, poser un diagnostic permettant de concevoir l'état actuel de la santé, établissant un lien de simultanéité entre le discours et la réalité, entre l'avis éclairé de nos informateurs et les notions admises dans la littérature récente de santé publique (que celle-ci soit épidémiologique, sociologique, géographique, ou anthropologique).

La synchronisation de la réflexion et des actes peut permettre d'intervenir activement sur ce territoire parce qu'elle peut, entre autres, rompre avec le sentiment de « résignation », que nous avons rencontré à de multiples reprises ; sentiment de « résignation » auquel s'ajoutent fatalisme et immobilisme. Il a été fort synthétiquement exprimé par cette phrase d'un de nos interlocuteurs : « le Bassin houiller est une société gelée, bloquée et inadéquate ».

Dans ce but, nous présenterons ici les principales conclusions et interrogations auxquelles nous sommes parvenus.

Les liens des individus et des populations avec l'environnement minier et l'insertion dans le contexte social

L'héritage minier revient en permanence dans le discours des informateurs. Celui-ci est invoqué pour rendre compte du lien spécifique unissant l'habitant du Bassin houiller à son environnement

(au sens large) c'est-à-dire à sa famille, son quartier, son milieu professionnel, ainsi qu'aux systèmes de soins, d'enseignement et de formation, à l'ensemble du contexte social.

L'EMPREINTE MINIERE

Dans leurs analyses, tous nos informateurs ont fait référence « au temps de la mine ». On signalera que beaucoup d'entre eux sont « nés ici » et interviennent depuis longtemps auprès du même public, dans le même secteur. Certes, la plupart pense, qu'aujourd'hui, il convient de tourner la page, mais leur raisonnement s'appuie toujours sur les « images du passé » que leur renvoient les habitants en de multiples occasions.

Les informateurs-clés soutiennent cette thèse de « l'empreinte minière ». Ainsi, la plupart des familles sont-elles venues faire souche autrefois, lorsque la mine faisait massivement appel à une population pourvoyeuse de main-d'œuvre nécessairement abondante. C'est donc bien la mine qui, à l'origine, les a attachées à ce territoire. Le « système minier », au travers de toutes ses composantes professionnelles, résidentielles, associatives, politiques, syndicales... a pris les destins en main, privant ou limitant la capacité que les familles et les individus avaient de s'approprier leur devenir dans des domaines aussi divers que l'éducation, les loisirs et la santé.

« Autrefois, le minier faisait toute la santé. » (Béthunois).¹

« L'occupation minière » de la vie dans ses différents aspects, cette occupation, tel un fait social, a rempli « toute la place ou presque », interdisant ainsi l'édification de tout autre système. Aujourd'hui, la population qui n'avait comme seule référence que

¹ Les citations de nos informateurs-clés figurent sous cette forme encadrée. Il nous faut préciser, bien que ceci ne soit pas explicité systématiquement, que les analyses émises par nos interlocuteurs ne se rapportent pas à l'ensemble de la population. Celles-ci n'ont de valeur que pour le type de public avec lequel nos interlocuteurs étaient en contact et pour le seul secteur où ceux-ci interviennent.

le travail², se retrouverait privée ou, plus exactement, se sent privée de la majorité de ses points de repères.

« On avait un système très assistanciel que les gens en grande difficulté recherchent encore. Les patrons des mines et de la sidérurgie pensaient à tout pour tous. Aujourd'hui, les gens se laissent faire ; autrefois, les répressions étaient telles qu'ils ont pris l'habitude de se taire. » (Valenciennois).

Très symptomatique est la convergence de l'appréhension du milieu minier³, développée par nos informateurs, et des notions extraites de la bibliographie disponible.

Il reste que la violence de l'encerclement patronal a marqué la société minière d'une spécificité durable, que même la nationalisation des compagnies, intervenue à la Libération, n'a pas suffi à démentir. Par la suite d'une forte soumission des individus au travail, d'une dissuasion constamment exercée par le système sur toute ambition sociale, d'un effort pour attacher les ouvriers à la mine par le biais du logement et de la famille, le monde des mineurs est demeuré, en plein cœur de notre siècle, un monde clos [...]

L'une des caractéristiques de la sociabilité minière -et ceci vaut probablement pour tout le monde ouvrier ancien- est qu'elle permettait une « fuite à plusieurs » des contraintes fortement oppressives de la vie quotidienne. Encerclés dans un univers de travail et de nécessité, les individus se ménageaient ainsi des espaces où la contrainte puisse être temporairement abolie ou rendue flottante. Pour les femmes des cités, passer des heures chez les voisines était d'abord un moyen de n'être pas chez soi : forme élémentaire d'évitement de l'enfermement domestique. Pour les hommes, stationner au café permettait de différer le retour à la maison -et les obligations que cela comporte- après la sortie de la mine, ou de l'usine : là encore, mise entre parenthèses des grandes sujétions.

O Schwartz, 1990.

² Schwartz O. *Le monde privé des ouvriers. Hommes et femmes du Nord*. Paris, PUF, 1990, 531p.

&

Dubar C., Gayot G., Hédoux, *Sociabilité minière et changement social à Sallaumines et à Noyelles-sous-Lens*, Revue du Nord, n°253, 1982, p 363-464.

³ Il s'agit bien, dans ce cas, du milieu « minier » du passé que l'on opposera au territoire houiller, au Bassin houiller, opératoire dans son actualité.

Cependant, il est frappant de constater à quel point les individus, les personnes en difficulté résidant dans le Bassin houiller sont perçus au travers d'une mono-appartenance, d'une identité unique qui prend pour forme principale l'appartenance au milieu ouvrier, et plus souvent encore, l'appartenance au groupe difficilement nommé, mais évident pour nos informateurs, des « exclus, défavorisés, précarisés... ».

Le groupe, groupe ouvrier ou groupe précaire, aurait aujourd'hui un comportement stéréotypé, habiterait et serait immergé dans un cadre primaire de sociabilité, de référence, dénommé « communauté » ou « habitants ». Ce groupe aurait, par conséquent, une stratégie identitaire très forte selon nos informateurs. Ce fait, cette notion rejoint les textes d'O. Schwartz⁴ qui insistent sur la capacité, trop longtemps masquée, qu'ont les ouvriers de se constituer collectivement une culture commune, composée de savoirs et de valeurs, ces « ressources symboliques que les ouvriers produisent pour affronter leurs conditions d'existence »⁵.

C'est pourquoi, parler de culture ouvrière, c'est évoquer des groupes, des liens denses, des communautés. C'est parler famille, voisinage, sociabilités locales, associations et fêtes, syndicalisme, municipalité, Parti... Il ne fait pas de doute que l'être-collectif est l'une des grandes formes modales de l'existence ouvrière, non seulement comme habitus de fait, mais aussi comme valeur, portée, célébrée de multiples manières par le groupe lui-même.

O. Schwartz, 1992

⁴ Schwartz O., 1990, *op cit.*

Schwartz O., Zones d'instabilité dans la culture ouvrière, *Autrement*, n°126, janvier 1992, 123-135.

Sciences Humaines, Entretien avec Olivier Schwartz, la culture ouvrière, Sciences Humaines, hors-série n°10, 1995, 34-35.

⁵ Schwartz O., 1995, *op cit.*

En outre, cette culture ouvrière ne reconnaissait pas, il y a peu de temps encore, que l'idée de vie privée puisse être en soi une valeur. Elle a, aujourd'hui encore, trois grandes spécificités : la valorisation du travail, l'importance accordée à la famille, à la proximité affective des proches, et l'attachement à une claire division des tâches et du travail entre les hommes et les femmes.

« Ici le tonton a de l'importance, la tata, la mémé..., alors qu'ailleurs, je connais des gamins qui ne savent même pas qui est leur cousin, même s'ils sont dans la même école. Dans le Bassin minier, il y a un esprit de famille beaucoup plus large, plus fort. Si vous voulez, la mentalité du mineur c'est « tous ensemble » quand ailleurs c'est « chacun pour soi ». (Béthunois).

« Les gens d'ici n'avaient que le travail comme seule référence ». (Lensois).

APPARTENANCE AU GROUPE ET VISION COMMUNAUTARISTE

Il demeure que les réflexions sociologiques nous ont poussés à considérer, pour partie, la question sous un angle sensiblement différent. En effet, plusieurs chercheurs (F. Laplantine, E. Morin ou O. Schwartz, pour en citer certains) ont permis d'une part, de faire apparaître l'importance des multi-appartenances qui sont propres à chaque individu : « un ouvrier n'est pas qu'un ouvrier. Il peut être catholique pratiquant, chasseur, fils d'immigré, père de famille. L'appartenance à chacun de ces milieux n'épuise pas sa condition, pas plus que la somme de ces appartenances »⁶.

D'autre part, la « vision communautariste » ne recouvre qu'en partie l'approche des cultures et des milieux ouvriers ou défavorisés⁷ et prend parfois, selon les termes de Michel Maffesoli, un « caractère virtuel voire fantasmatique »⁸. « Le phénomène communautaire

⁶ Dortier J.-F., L'individu dispersé et les identités multiples, Sciences humaines, n°37, 1994, 18-21.

⁷ Il semble que l'appréhension de l'individualité des personnes en difficulté (exclus, etc.) soit plus rare. Il convient probablement de pousser plus avant les recherches ou d'attendre que la sociologie ou l'anthropologie approche cette dimension.

On pourra citer aussi Terrail J.-P., *Destins ouvriers, la fin d'une classe ?* PUF, 1990, 275p.

⁸ Maffesoli M., *Le temps des tribus : le déclin de l'individualisme dans les sociétés de masse*, Livre de Poche, 1991, 259p.

conduit manifestement à renoncer à la notion d'individu au profit de l'unicité » écrit M. Maffesoli. Il nous est apparu que les acteurs locaux, surtout lorsqu'ils sont au contact de la population, percevaient fort bien cette dualité, mais s'en trouvaient aussi fortement gênés, ne sachant sur quel registre intervenir, entre « l'individuel » et le « communautaire ». Nous verrons plus loin que cette ambiguïté de statut est de plus en plus ressentie par plusieurs groupes, par de plus en plus de personnes vivant dans le Bassin houiller.

Il arrive souvent, en effet, qu'à force de systématiser le « principe de sociabilité » comme le bien le plus précieux des ouvriers, on finit par appauvrir considérablement le regard qui est porté sur leur culture ; on se rend incapable de « voir des dimensions sans doute moins visibles, parce que moins légitimées par la norme, qui pourraient fortement remettre en cause l'image du communautarisme. [...]

Et il y a plus : la vision communautariste est nécessairement conduite à durcir l'importance des normes dans les comportements collectifs ou individuels, tant il est vrai qu'une totalité ne se conçoit pas sans fidélisation, sans une certaine surrégulation sociale de ses membres. [...]

Si fortes sont les structures de socialisation dans la culture ouvrière - à la fois subiles et conquises de haute lutte - que celle-ci peut difficilement se placer dans la perspective des aventures individuelles : ces dernières apparaissent généralement comme improbables ou trop coûteuses. Avenir et présent, vie quotidienne, destins et émancipations se profilent de préférence dans un horizon collectif.

O. Schwartz, 1992

LA FAMILLE

La famille, la famille élargie qui prend parfois l'allure de « clan », est sans conteste une réalité contemporaine.

Cette présence familiale est décrite par nos interlocuteurs avec les mêmes références positives que les familles y habitant elles-mêmes. Toutefois, certains de ses aspects nous ont été rapportés comme vecteurs de lourdeur pour les personnes. Pour d'autres encore, la famille deviendrait de moins en moins une valeur-refuge.

« Les liens de dépendance familiale sont très forts, trop forts parfois. On se met en couple très jeune, mais en restant chez les parents, si bien qu'il n'y a pas le passage par l'adolescence nécessaire pour passer à la vie adulte. Ce mode de vie ne mérite pas le terme d'autonomie, il n'y a pas de lien d'adulte à adulte comme nécessiterait la vie de couple ». (Lensois).

« Il y a une baisse très nette de la solidarité classique qui s'exprimait surtout au travers de la famille. Parallèlement, il y a une augmentation de la solidarité de génération qui s'exprime surtout chez les jeunes. Mais cette solidarité peut-elle survivre à l'adolescence, au passage de l'adolescence à la vie adulte désormais ? ». (Lensois).

« La famille prend de plus en plus de ch'tons depuis les années 1985 ». (Lensois).

Une des conséquences de nature économique engendrée par « l'esprit de famille » est le nombre, semble-t-il, très important de familles vivant grâce aux revenus des parents ou des grands-parents retraités.

Le montant des retraites est, pour bon nombre de personnes âgées, augmenté d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle. En 1995, les Sociétés de secours minières comptaient, sur environ 140 000 ressortissants non actifs, 37 513 rentiers domiciliés dans le Nord - Pas-de-Calais, le tiers d'entre eux étant représenté par les veuves de mineurs et autres ayant-droits. On peut estimer que les rentes attribuées en raison de la silicose représentent environ 2/3 du total des rentes versées. Le montant de ces rentes est, dans la moitié des cas, inférieur à 1 500 F par mois, mais il est supérieur à 4 500 F par mois pour un tiers des rentiers. Enfin, 40 % de ces derniers ont 75 ans et plus. Les Caisses primaires d'assurance maladie nous ont communiqué les effectifs des rentes pour silicose : celles-ci s'élèvent à 2 440 F

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Les phénomènes contemporains

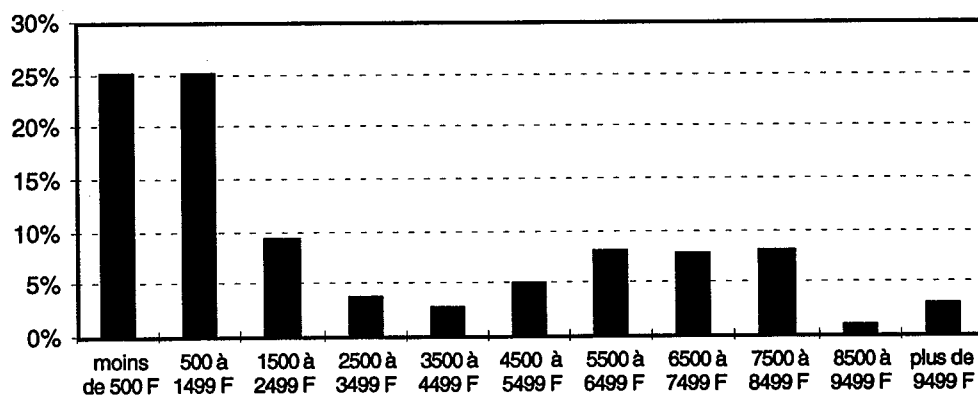
par mois, les 4/5^e étant perçus par les victimes, et le reste par les conjoints ou autres ayants-droits.

Ceci signifie une perte de ressources importante à prévoir dans les années à venir pour bon nombre de familles protégées aujourd'hui par les solidarités familiales. Quelques-uns de nos informateurs ont attiré notre attention sur ces jeunes adultes aidés. Protégés aujourd'hui dans le cocon familial, il leur faudra déployer une vitalité inconnue d'eux aujourd'hui lorsque leurs aînés auront disparu.

« Il y a des problèmes liés à la cohabitation avec les parents âgés lorsque ceux-ci vont disparaître. Ici, cela représente 200 jeunes qui se trouvent un peu partout dans les quartiers. Ils vont devoir se prendre en charge à la mort de leurs parents. Voilà le gros problème dans ces maisons des houillères, il y a trop de jeunes qui sont assistés et qui devront encaisser le passage à une vie normale. Ils sont jeunes et vont devoir apprendre à « ne plus avoir droit », mais à être comme les autres, comme tout le monde ». (Béthunois).

Graphique E

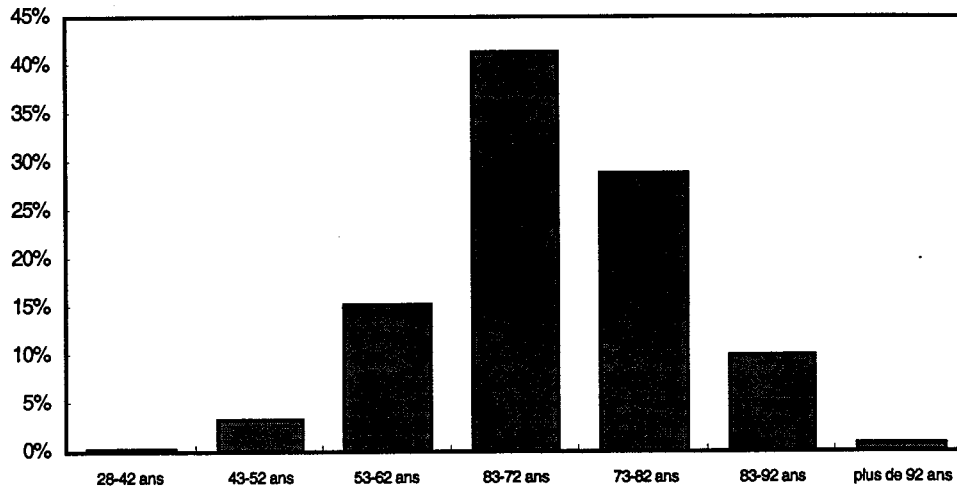
Répartition des rentes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles par tranche de montant



Source : Union régionale de sociétés de secours minières, 1995

Graphique F

Répartition des rentes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles par tranche d'âge



Source : Union régionale de sociétés de secours minières, 1995

Nos informateurs ont, dans leur grande majorité, analysé le problématique état de santé de la population du Bassin houiller en signalant le parallélisme constaté entre dégradation sanitaire et dégradation des conditions sociales, en invoquant également l'impact délétère de la situation sociale actuelle, cause de la médiocrité de l'état de santé local. Ce n'est qu'au cours de chaque entretien que sont apparues des notions relatives à l'évolution de l'état de santé due aux changements sociaux et culturels locaux.

Nos informateurs ont été capables, du moins le supposons-nous, de rompre avec les préjugés véhiculés sur les habitants du Bassin houiller, et de nous mettre sur la voie d'une nouvelle compréhension des phénomènes locaux en lien avec l'état de santé.

Il reste, cependant, que les informations recueillies sur les liens entre crise locale et dégradation de l'état de santé sont si nombreuses (car quotidiennement constatées par les professionnels),

que plusieurs hypothèses, telles que les effets de la dégradation de l'environnement ou l'improbable⁹ prédisposition à certains risques, n'ont que très rarement été évoquées. Ceci ne signifie pas, à notre sens, que ces pistes de recherche devraient être définitivement rejetées ou abandonnées.

L'ESPACE PREMIER DE REFERENCE : LE QUARTIER

Nos interlocuteurs ont maintes fois souligné la forte appartenance au quartier, l'immobilisme des habitants et leur peur de l'inconnu. En cela, ils rejoignent parfaitement l'analyse de Maffesoli¹⁰ à propos de l'identification des communautés à un territoire réel ou symbolique.

L'« ailleurs » fait peur, ce qui est proche est protecteur :

« La cité c'est quelque chose, un monde particulier dans lequel il est difficile de rentrer ». (Lensois).

« Ici les gens habitent tel quartier et non pas telle ville, ici on est de la fosse 4 et pas de la fosse 16, attention, c'est important ». (Béthunois).

« Les Français de souche sont restés de très forts sédentaires, ils ne sortent pas de la maison, du quartier, de la ville ». (Valenciennois).

« La vie c'est la cité, et la cité c'est quelque chose, il y a le dialecte de la cité, les termes, des façons de se comprendre, des gestes ». (Valenciennois).

Les habitants du quartier acceptent de changer de logement, mais refusent le changement de quartier. On constate une très faible mobilité de la population :

« Les gens se déplacent peut-être plus qu'avant, mais il y en a encore qui ne bougent pas ». (Lensois).

« On naît ici, on travaille ici, on meurt ici. Il n'est pas évident de partir pour chercher du travail ailleurs ». (Lensois).

⁹ Cette thèse est improbable car elle supposerait que la population du Bassin houiller ait la même origine ethnique. Or, tout au contraire, la population française qui réside sur ce territoire n'a pu se constituer que par l'arrivée en grand nombre d'émigrés d'origines aussi diverses que les Belges-flamands, les Italiens et les Polonais.

¹⁰ Maffesoli, 1991, *op cit.*

« Beaucoup d'élèves viennent dans ce LEP car ils ne veulent pas aller ailleurs, dans une autre commune. Ca, ça vient de leur mentalité ; avant le travail était sur place, on ne se déplaçait pas. A la sortie de terminale, ils cherchent d'abord à se caser tout près d'ici. Ceux qui bougent, qui vont plus loin, sont ceux qui s'en sortent ». (Lensois).

L'ASSISTANCE : HIER ET AUJOURD'HUI

« La mine a habitué les gens à la médecine et aux médicaments gratuits, aux visites à domicile du médecin. Elle les encadrait sur tous les plans. Aujourd'hui, l'AMG produit les mêmes effets que le système minier, elle rend la population trop assistée ». (Douaisis).

« Les familles qui sont restées dans les cités, sont celles qui ont refusé de partir après la fermeture des usines, elles n'ont pas cru au chômage et ont pensé qu'elles continueraient à être prises en charge comme ça se passait depuis des générations. Ce sont donc les moins mobiles que l'on veut faire bouger, mais cette population est passive, il n'y a jamais de rébellion. Le phénomène de banlieue n'est pas le nôtre, pourtant la misère est souvent pire que dans les banlieues qui font parler d'elles ». (Valenciennois).

Derrière ces réflexions, on retrouve l'atmosphère de fatalisme dans laquelle vivent certains jeunes habitants qui n'imaginent pas d'autre avenir que celui réservé à leurs parents. Ce sont des individus marqués, non seulement par les difficultés socio-économiques, mais aussi par l'héritage minier dont ils n'ont pas encore pu se défaire.

« C'est parce que la mine les a assistés pendant des décennies qu'ils ne savent pas réagir, certains sont déjà morts ». (Béthunois).

O. Schwartz (1990) expose une analyse qui va dans le même sens. Pour lui, un ensemble d'institutions protectrices a progressivement été mis en place par la mine. Ce complexe protecteur était la résultante d'une stratégie patronale d'intégration et l'aboutissement de luttes sociales puissantes, une sorte de « réparation ». Mais le système minier s'est aussi orienté vers l'ouverture d'un autre type de droits. Il ne s'agissait pas de l'exercice

reconnu d'un pouvoir, mais d'un versement de prestations, se composant d'allocations, de prises en charge diverses, de compensations financières. Ces droits proposaient notamment de compenser l'« incompensable », c'est-à-dire la silicose, par le versement de pensions qui pouvaient être très substantielles.

Ainsi, toujours selon O. Schwartz, la plus vive des aspirations juridiques des mineurs -et de leur famille- s'est-elle portée sur le droit à « recevoir ». Le Bassin houiller aurait été et resterait donc aujourd'hui encore « un territoire où, somme toute, la maladie était non seulement une reconnaissance de ce que l'on est, puisqu'elle ouvre la porte à la réparation, mais aussi, par voie de conséquence, un moyen de subsistance ». Pourquoi, dans ces conditions, avoir une conduite qui chercherait à éviter la maladie ?

L'expression de « génération sacrifiée » est souvent employée, localement, pour nommer les deuxième et troisième générations de chômeurs. Ce sont le plus souvent des adultes de 25 à 40 ans, avec des enfants en bas âge, qui n'ont jamais travaillé et dont les propres parents sont également chômeurs depuis longtemps. Ces personnes perdent parfois beaucoup de leurs points de repères, elles s'« accrochent » aux souvenirs du passé, aux cadres d'autrefois, et ne peuvent plus se raccrocher à quoi que ce soit durant ces périodes d'inactivité.

« Pour la majorité des gens, il est clair que la mine c'est du passé, mais ils gardent encore le réflexe d'user de ce à quoi ils ont droit, "j'y ai droit !" »(Valenciennois).

La situation sociale se dégradant, un nouveau schéma d'assistantat, moins englobant que l'ancien, se met en place. L'augmentation du nombre de demandes de dossier d'Aide médicale gratuite (AMG) et de Revenu minimum d'insertion (RMI) est, pour les travailleurs sociaux rencontrés, le signe du retour de l'assistanciel sous une autre forme.

LE RECOURS AUX SOINS

En ce qui concerne les habitudes de recours aux soins, les avis varient en fonction des différentes situations individuelles rencontrées par les informateurs auprès de leur public.

Pour certains, l'acte médical, comme la vaccination par exemple, pour laquelle le message est clair, est souvent perçu comme quelque chose de quasi obligatoire : le recours est convenable. Ainsi, la campagne de vaccination contre l'hépatite B a-t-elle eu un très bon taux de réussite dans les collèges !

Pourtant, certains informateurs-clés expliquent en partie le mauvais état de santé par l'insuffisance de recours aux soins.

« Je ne suis pas étonnée que le Bassin minier soit en mauvaise santé : dans la mentalité des gens, on ne dérange pas le médecin pour n'importe quoi ». (Lensois).

« Ils n'ont pas l'habitude de se soigner, il faut parfois se battre pour qu'ils acceptent un arrêt de travail. En plus, ils ont peur de perdre leur emploi ». (Lensois).

D'autres constatent une mauvaise utilisation du système de soins et précisent que la façon habituelle de consulter des habitants du Bassin minier est « le coup par coup », rendant très difficile le suivi.

« Ils appellent tout de suite, mais ils vivent au jour le jour alors on ne peut pas insuffler de conseils de santé, on soigne au coup par coup, ce sont des familles hors du monde... ». (Béthunois).

Certaines familles connaissent une accumulation et un débordement de problèmes, il leur est alors impossible de les hiérarchiser de façon rationnelle. Dans cette confusion, la santé n'est pas toujours une priorité.

Enfin, des abus de recours aux soins sont évoqués pour une minorité de personnes bénéficiant de l'aide médicale gratuite. Ces abus auraient, selon une partie de nos interlocuteurs, entraîné un rationnement des quantités. Ce rationnement, lorsqu'il existe, est très critiqué et de façon véhémente. Une des conséquences de ce

rationnement est qu'il renforce le sentiment de honte et de culpabilité chez des personnes en difficulté sociale, tandis que tout autre affilié du régime général peut consulter autant qu'il le souhaite, sans avoir besoin de se justifier.

L'offre de soins est jugée insuffisante et mal structurée : les principales observations sont le manque de puéricultrices, de places de cures de sevrage, l'absence de réseaux médicaux ou médico-sanitaires, de formation continue, et parfois, il est reproché l'inadéquation de structures, leur manque de complémentarité et l'inadaptation aux besoins.

« Il n'y a pas assez de coordination entre les acteurs et les actions. Si la mode est au réseau, c'est un réseau fermé ». (Lensois).

« La rivalité entre ... et... est très ancienne, logique, et très, trop forte. Ils sont pourtant obligés d'être partenaires, il faut arrêter, on ne peut plus faire n'importe quoi ! ». (Lensois).

« On maintient artificiellement des structures alimentées par le régime des mines. Il n'y a aucune concertation hospitalière. On refuse de voir le futur ». (Béthunois).

« Les politiques ne soutiennent pas beaucoup la lutte contre l'alcoolisme. À ... ils disent, il n'y a pas d'alcoolisme ici. Pourtant, s'il y avait un CHAA, ça améliorerait bien les choses ». (Lensois).

« Il y a un problème de prise en charge des toxicomanes dans les structures psychiatriques : hospitalisées, les personnes se sentent isolées ». (Valenciennois).

La coexistence des deux systèmes de santé, le régime général et le régime minier, est souvent incomprise par le public. Cette cohabitation dans la prise en charge de populations qui ne sont plus distinctes que par leur histoire, est parfois perçue comme un archaïsme. La population appartenant à un système ne comprend pas pourquoi les « autres » ont un système de soins différent. Beaucoup, en particulier les jeunes, passent d'un système à l'autre et sont perturbés, voire ne recourent plus aux soins, ne connaissant pas de médecin.

Il nous a été impossible de comparer les deux populations, celle dépendant du régime général et celle du régime minier. En effet, aucun enregistrement de données n'est compatible pour une analyse

comparative. Cependant, un très fort consensus, au cours de nos entretiens, nous amène à penser qu'en dehors des maladies professionnelles qui ont sévèrement frappé la population minière, l'état de santé des ressortissants du régime minier est plus systématiquement satisfaisant. Le système de soins n'est cependant pas la seule spécificité. Les ressortissants des mines forment une population qui a des revenus stables (retraite, indemnités de chômage, pension d'invalidité), qui, souvent, est logée gratuitement et bénéficie encore d'autres avantages (le charbon gratuit, par exemple). Ces considérations ne visent pas à qualifier cette population de privilégiée, mais à souligner qu'elle comprend probablement peu de familles en grande difficulté.

Certes, la répartition par âge n'est pas la même dans les deux populations : 66 % des bénéficiaires du régime minier ont plus de 60 ans et 7 % seulement ont moins de 14 ans. Dans la population couverte par le régime général, 24 % ont moins de 14 ans et 12 % seulement ont plus de 60 ans (Sources : Cram, Urssm).

Il est difficile d'estimer la différence entre les demandes de soins représentées par chacune des deux populations, mais il est possible que les médecins des mines aient une lourde charge en raison d'une clientèle plus âgée et de la gratuité des soins.

« On voit beaucoup de pathologies lourdes à domicile, ici on meurt chez soi avec un accompagnement médical, on refuse l'hospitalisation ». (Valenciennois).

De façon générale, nos informateurs et, en particulier les professionnels médicaux et paramédicaux, expliquent plus le mauvais état de santé par une déficience de l'hygiène de vie (alimentation déséquilibrée, consommation d'alcool et de tabac excessive, rythme de vie décalé par rapport aux horaires standards, souffrance morale liée à l'accumulation de stress tels que chômage ou difficultés professionnelles, dettes, conflits familiaux, problèmes de santé chez un proche, etc.) que par une insuffisance ou un retard au recours

aux soins. Il y aurait donc, selon eux, une surmorbidity explicite tandis que le système de soins local et les comportements de la population vis-à-vis des soins ne seraient pas défailants ou inadaptés au point de ralentir et de ne pas parvenir à la guérison chez les patients.

L'origine de ces mauvaises habitudes de vie n'est pas claire. Pour certains, le « fatalisme » est très souvent mis en cause, l'encadrement minier était tel qu'une culture attentiste s'est installée sur ce territoire, rendant les habitants incapables de faire face aux difficultés et de s'individualiser, et leur ôtant progressivement le savoir-faire.

« La population est en mauvaise santé en grande partie en raison d'une mauvaise éducation sanitaire ». (Douaisis).

Pour notre part, nous ne croyons pas qu'un manque d'éducation soit responsable de l'état de santé médiocre, car il est indéniable que, ces dernières années, l'accès à l'éducation n'a fait que progresser.

En effet, autrefois les enfants quittaient l'école à 14 ans pour travailler ; aujourd'hui, la scolarisation obligatoire n'a jamais été aussi longue. Il semble donc que l'éducation soit largement suffisante, tout du moins en ce qui concerne l'enseignement des règles d'hygiène de base.

Les familles en difficulté ne sont donc probablement pas différentes des autres à ce niveau, elles ont reçu globalement la même éducation, les mères ont transmis des valeurs traditionnelles très fortes¹¹. Ce qui crée la précarité et les mauvaises conditions de vie serait plutôt le résultat d'une accumulation de difficultés qu'il devient de plus en plus difficile de surmonter, puis de vaincre :

¹¹ Olivier Schwartz, 1995, *op. cit.*

« Ils m'appellent pour un nez qui coule alors que, pour moi, c'est ce qu'il y a de moins grave chez eux, nous n'avons pas les mêmes valeurs ». (Béthunois).

Les familles en situation de précarité diffèrent des autres, avant tout par leurs problèmes, et non pas par leurs valeurs.

On retrouve fréquemment l'exemple de familles en difficulté de deuxième génération.

« Souvent les parents étaient à l'aide sociale, les enfants sont à l'aide sociale ». (Béthunois).

Ces hommes et ces femmes ont connu et surmonté de tels problèmes matériels que certains principes sanitaires leur semblent superflus. On peut parfois se demander si l'absence de respect de ces principes de base n'est pas volontaire, voire suicidaire...

Le monde des hommes et la santé

Le thème d'une influence des facteurs sociaux sur la santé n'est certes pas une nouveauté. D'illustres médecins¹² et hommes politiques du XIX^e siècle eurent l'intuition de cette relation. En France, ce thème n'est réapparu qu'au milieu des années 1970, sous la plume de démographes dont le plus marquant reste Guy Desplanques¹³.

Ainsi, la différenciation sociale de l'état de santé apparaît explicite lorsque les variations de la mortalité selon les catégories socioprofessionnelles sont étudiées, par exemple par G Desplanques.

A la suite de ces travaux s'est rapidement affirmée la constitution d'une épidémiologie sociale de la maladie qui complète, sans pour

¹² Ainsi, Louis-René Viller mé fut un des premiers à s'approcher de l'explication sociale de l'état de santé en démontrant que s'exprimait une mortalité différentielle entre quartiers riches et quartiers pauvres lors de l'épidémie de choléra à Paris en 1832.

¹³ Desplanques G., La mortalité des adultes selon le milieu social : 1955-1971, *Collection de l'Insee*, D 44, 1976.

Desplanques G., La mortalité masculine selon le milieu social : Insee, *Données sociales*, D 44, 1984, 348-358.

Desplanques G., Mortalité et activité, Actes du colloque comprendre les inégalités en matière de santé, Villeneuve-d'Ascq, décembre 1985.

autant s'y substituer, la conception exclusivement biologique des pathologies. Selon l'approche sociologique de la maladie et des malades, tout élément caractérisant la position sociale d'un individu dans la collectivité, la société (son sexe, son lieu de vie, son statut familial ou professionnel, son âge bien sûr...) peut influencer sur sa santé. Nos informateurs-clés ont émis des avis totalement convergents avec ce mode d'analyse.

SANTE, CHOMAGE ET CULTURE OUVRIERE

Aujourd'hui, les premières notions descriptives rapportées par les démographes ont été enrichies par l'apport de nouveaux travaux provenant d'autres disciplines. Ainsi est-il acquis que les liens entre facteurs sociaux et santé ne fonctionnent pas sur un mode statique, mais au contraire sur un mode dynamique.

« On ne meurt pas plus en raison de ce que l'on est dans la société, on décède plus souvent et plus jeune en raison de ce que l'on y a vécu » : cette notion que S. MacIntyre¹⁴ contribue à établir en proposant le terme de « modelage de la santé par la position sociale ».

Ce modelage implique qu'il ne convient pas de considérer liens sociaux et santé sur un plan multidimensionnel. Certes, l'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle positionne l'individu en fonction de sa situation sur le marché du travail. Mais entrent également en jeu ses revenus, son niveau d'éducation et un ensemble de comportements et de caractéristiques culturelles bien spécifiques. Ces comportements, ces cultures, ces multi-appartenances sont précisément décrits par les sociologues cités plus haut (Schwartz, Laplatine, Morin, Maffesoli, Terrail...) qui incitent à prendre en compte, à examiner l'ensemble des phénomènes associés à l'état ouvrier comme à la situation de non-travail. Les travaux

¹⁴ MacIntyre S., The Patterning of health by social position in contemporary Britain : directions for sociological research, *Soc. Sci. Méd.*, 1986, vol. XXIII, n°4, 395-412.

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Les phénomènes contemporains

de G. Desplanques ou de A. d'Houtaud¹⁵ recouvrent, par conséquent, des situations et des réalités complexes qui ne peuvent se résumer au fait qu'il serait « normal » de mourir plus jeune, ou de décéder à la suite d'une forte consommation d'alcool parce que tel ou tel individu est ouvrier. La position sociale des individus engendre des comportements et des vécus qui ont une influence directe sur la santé, en particulier dans les cas d'alcoolisme, de tabagisme et d'alcoolo-tabagisme.

Tableau 24

Pourcentages d'hommes consommant entre 20 g/jour et 80 g/jour d'alcool, selon l'âge et la Csp

Csp / Age	20/24 ans	25/34 ans	35/44 ans	45/54 ans	55 ans et plus
Cadre supérieur	44,2	60,1	58,3	59,3	67,6
Cadre moyen	42,1	58,8	58,8	57,3	61,7
Employé	47,5	54,1	53,2	53,1	56,3
Maîtrise & OQ	42,8	51,1	47,9	45,1	50,5
OS	42,8	41,7	39,8	36,8	44,0

D'après d'Houtaud, 1995

Tableau 25

Pourcentages d'hommes consommant plus de 80 g/jour d'alcool, selon l'âge et la Csp

Csp / Age	20/29 ans	30/39 ans	40/49 ans	50/59 ans
Cadre supérieur	4,7	14,8	20,9	18,0
Cadre moyen	9,1	15,8	21,0	25,4
Employé	5,2	18,0	24,0	27,0
Maîtrise & OQ	10,5	26,0	34,4	35,9
OS	11,4	27,0	37,5	38,4

D'après d'Houtaud, 1995

¹⁵ D'Houtaud A., Taleghani M., *Sciences sociales et alcool*, l'Harmattan, 1995, 301p.

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Les phénomènes contemporains

Tableau 26

Pourcentages d'hommes consommant plus de
20 cigarettes/jour, selon l'âge et la Csp

Csp / Age	20/29 ans	30/39 ans	40/49 ans	50/59 ans
Cadre supérieur	14,2	20,9	20,7	15,1
Cadre moyen	26,5	26,0	17,9	18,3
Employé	24,0	29,2	20,5	14,8
Maîtrise & OQ	30,7	33,4	28,9	22,8
OS	35,8	35,4	35,0	23,4

D'après d'Houtaud, 1995

L'alcoolisme des hommes est un fait qui semble tellement habituel et connu que tous les informateurs l'ont bien sûr évoqué, mais très peu s'y sont attardés. Au contraire, c'est plutôt l'alcoolisme féminin qui semble préoccuper le plus les acteurs du Bassin houiller (voir au chapitre « le monde des femmes, leur place, leur santé »).

« Le premier problème est bien sûr l'alcoolisme. L'alcoolisme des hommes, ça c'est pas nouveau, mais ce qu'on voit de plus en plus ce sont les femmes ». (Lensois).

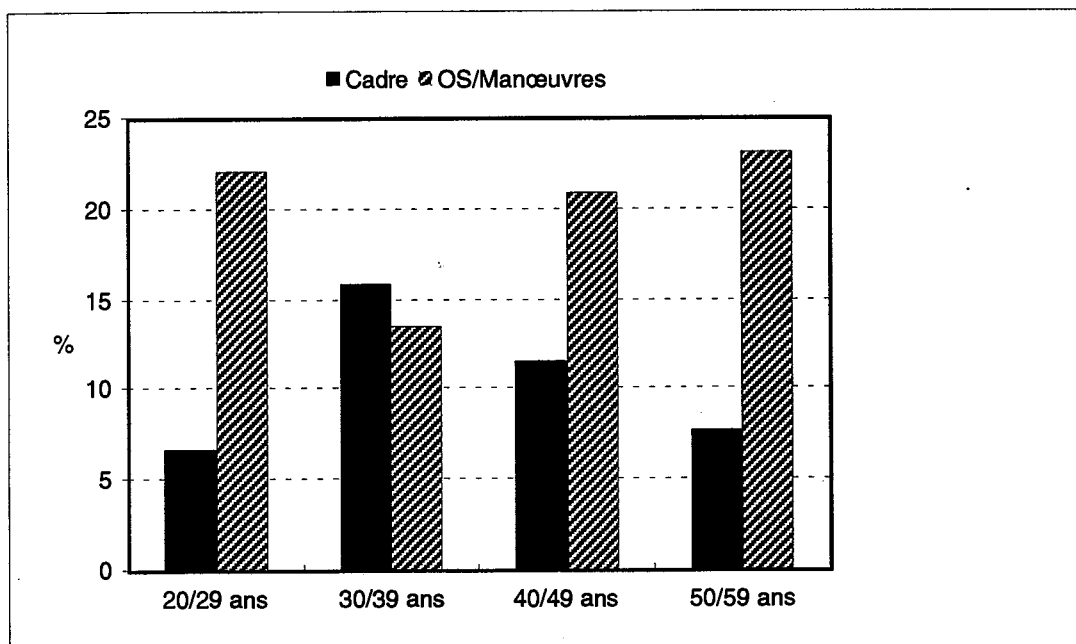
L'alcoolisme nous a surtout été décrit dans sa dimension culturelle.

« A l'origine, les habitants du Bassin houiller sont des gens qui ont besoin de faire la fête et c'est toujours autour d'un verre qu'ils s'invitent ». (Valenciennois).

Cependant, beaucoup d'informateurs notent une augmentation du nombre de consommateurs excessifs, en particulier chez des hommes de plus en plus jeunes.

Graphique G

Pourcentages d'hommes consommant plus de 60 grammes d'alcool et plus de 20 cigarettes par jour selon l'âge, parmi les cadres et les ouvriers



D'après d'Houtaud

Le terme de modelage, précédemment cité, inclut implicitement la notion de durée, d'évolution, qui s'applique à l'étude de l'impact du chômage sur les travailleurs, les hommes essentiellement.

Il n'a sans doute pas été examiné comme il conviendrait, sur le moyen et le long terme, lors d'études localisées. Pourtant, l'enquête de Bungener¹⁶ et al. constatait : « une durée de chômage supérieure à trois ans conduit également à la déclaration de symptômes en plus grand nombre ».

¹⁶ Bungener M., Horellou-Lafarge, Louis M.-V., *Chômage et santé*, Paris, Economica, 1982.
Bungener M., Letourmy A., Pierret J., Goldberg M., Luce D., Dassa S., *Ruptures professionnelles et santé*, Mire, 1988.

Les principales conclusions des enquêtes de Bungener sur le chômage et l'état de santé

Cette étude a été réalisée à propos d'une population de 6 835 personnes exerçant une activité professionnelle, qui a été comparée à 987 personnes se déclarant au chômage.

Les hommes chômeurs sont plus nombreux à signaler ne souffrir d'aucune maladie que ceux qui travaillent. Pourtant, ce sont eux aussi qui déclarent plus de polyopathologies et de « symptômes de mal-être » (nervosité, anxiété, angoisses, céphalées, insomnies, vertiges, évanouissements, constipation, brûlures d'estomac, essoufflement à l'effort, palpitations). La surconsommation pharmaceutique et le recours à l'hospitalisation se maintiennent tout au long du chômage. Selon les auteurs, les individus privés d'emploi se trouvent dans une situation de plus grande vulnérabilité.

Peu à peu, au fur et à mesure que l'absence d'emploi se prolonge, le comportement de l'entourage se modifie, les jeunes se plaignent d'être plus fatigués et ont connu des épisodes de dépression.

LE STRESS SOCIAL ET SA DYNAMIQUE SUR L'ETAT DE SANTE

Certes, il convient de proposer des motifs acceptables à ces différences sociales qui se marquent avec une clarté accrue dans le Bassin houiller. On ne peut, en premier lieu, que citer les travaux de M.-H. Brenner¹⁷ qui apporta de très subtiles conclusions à propos de l'augmentation de la mortalité liée au chômage et, plus globalement, sur les effets de la récession économique qui contribuent à une détérioration globale de l'état de santé par la « pression » qu'elle produit sur les individus.

¹⁷ Brenner M.-H., Unemployment, economic growth and mortality, *Lancet* 1979, 1, 672.
Brenner M.-H., Mooney A., Unemployment and health in the context of economic change, *SocSci Med* 1983, vol 17, 16, 1125-1138.

L'explication avancée de cette liaison est le stress social. Ce stress social a été observé par O. Schwartz au travers de ce qu'il nomme « insécurité cumulative » :

Le fait lui-même est connu : ce qui précarise les familles fragiles, c'est primordialement l'instabilité de l'emploi et/ou la faiblesse du salaire, mais ce n'est pas seulement cela. D'autres facteurs de déstabilisation interviennent, qui redoublent les effets de l'insécurité économique fondamentale. Précisons que tous les termes que nous puisons en ce moment dans le lexique de l'« insécurité », « précarité », « fragilité », etc., sont ici employés, sans aucune ambiguïté, dans un sens exclusivement social : ils désignent uniquement une situation d'extrême tension sur le terrain des ressources [...]

Dans l'ensemble des déterminations qui font l'insécurité cumulative, il importe d'en souligner une, qui touche de près à cette enquête : les éléments de biographie que livrent les acteurs font apparaître, de manière extrêmement frappante, à quel point la précarité a commencé tôt, pour eux, en affectant tous leurs points d'appui familiaux. Bien avant qu'ils entrent sur le marché du travail, ce sont des histoires familiales trouées par les deuils, les abandons, les pertes, les violences, qu'ils nous restituent. Ce qui a deux conséquences :

- d'une part, ils seront d'autant plus mal placés pour affronter le bas salaire ou le chômage qu'ils ne peuvent pas s'appuyer sur un réseau de parenté stable ;

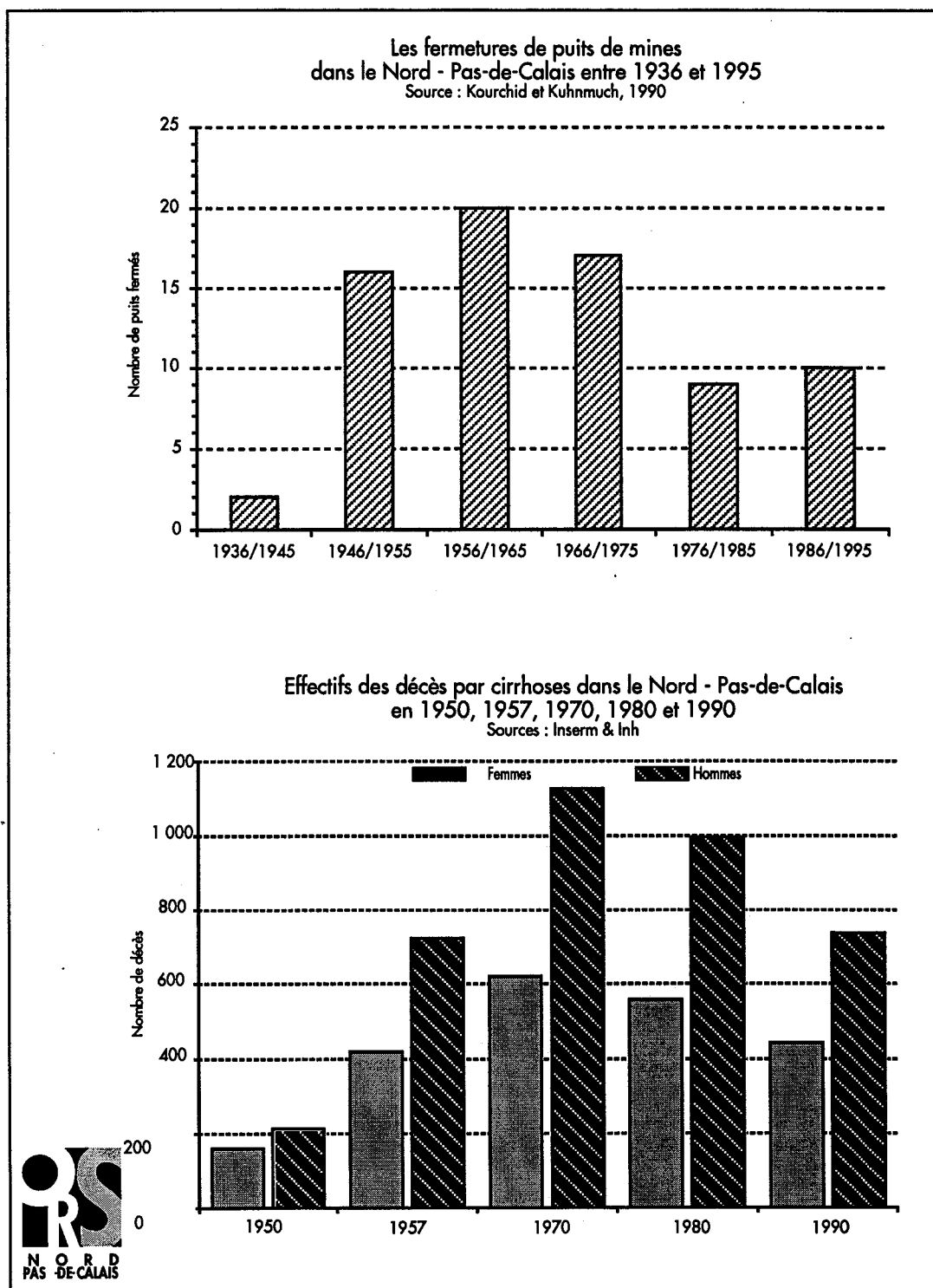
- d'autre part, on fait très vite l'hypothèse que le manque précoce de points d'appui familiaux s'est traduit chez nombre d'entre eux par une relation au monde social globalement dominée par la peur.

O. Schwartz, 1990

Ce qu'Olivier Schwartz avance, que nous avons retrouvé chez nos informateurs et qui complète les thèses de M. Bungener, c'est qu'il existe des phénomènes d'insécurité cumulative qui affectent des individus, chômeurs eux-mêmes ou membres de l'entourage de chômeurs, qui subissent très négativement le stress social issu de la recomposition sociale en cours dans le Bassin houiller. Certes, M. Bungener n'a mis en évidence que des symptômes mineurs (voir plus haut), mais M.-H. Brenner conclut pour sa part à une augmentation de la mortalité, une détérioration de l'état de santé des individus sous la pression du manque, de l'absence d'emploi.

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Les phénomènes contemporains

Graphique H



Or, il est très troublant de constater le parallèle qui unit, à quelques années de différence, la fermeture des puits de mine et l'augmentation du nombre de décès par cirrhose dans la région. Tout fonctionne comme si un lien de cause à effet empruntait un cheminement long au travers de la population régionale, dont celle du Bassin houiller, trouvant ses origines dans le repli du système social minier et la crise sanitaire qui touche les habitants du Bassin houiller.

En cela, la crise actuelle aurait bel et bien des origines minières affectant dans un premier temps les hommes, dont la fonction sociale essentielle, celle de travailler, a été interdite dès la disparition de l'emploi. Cette crise poursuivrait sa marche, groupe social après groupe social -des hommes aux femmes, des adultes aux jeunes et aux enfants, des ouvriers aux autres professions, de l'individu à sa famille proche, de la famille proche à l'ensemble de la parentèle et de la parentèle à une fraction non négligeable de la population- et, territoire après territoire, selon une chronologie et une dynamique spatiale qui se calqueraient sur l'histoire de l'annonce des fermetures de puits.

Toutes les personnes ne réagissent pas pareillement à cette pression, semble-t-il. Certaines sous-populations, certaines familles, dont O. Schwartz a établi la segmentation en deux groupes -les « familles précaires » se distinguant des « familles ascendantes »¹⁸-- pourraient, selon toute vraisemblance, être plus exposées que d'autres à des risques de décès engendrés par des conduites pathologiques aussi bien identifiées que l'alcoolisation excessive. Ici, dans le Bassin houiller, comme ailleurs, l'ensemble du territoire n'est pas en difficulté. Certains quartiers, certains groupes sont confrontés à des handicaps cumulatifs plus divers et lourds qu'ailleurs. Or, constater que la population des aires en difficulté

¹⁸ Nous avons été très frappés de retrouver la même analyse typologique chez l'un de nos interlocuteurs, travailleur social intervenant dans le Béthunois pour le Conseil général.

n'est pas homogène¹⁹ remet catégoriquement en cause la notion de « ghetto » puisque les individus et les familles qui vivent ici ne sont nullement identiques.

LES TRAJECTOIRES FAMILIALES

C'est pourquoi, synthétisant des observations déjà faites, et anticipant sur d'autres à venir, on va très schématiquement dégager quelques propriétés typiques des modes de fonctionnement familiaux selon la position sociale des familles.

Plus on va vers les familles précaires, et plus on a de chance de retrouver les caractéristiques suivantes :

- une insécurité cumulative ;
- une fécondité large ;
- une prédominance féminine ;
- une tendance à l'implication dans l'espace résidentiel, n'excluant pas néanmoins le choix rigoureusement opposé, celui de l'invisibilité.

Plus on va vers les familles montantes, et plus on a de chance d'observer :

- une politique de fécondité restreinte ;
- une influence masculine sur le gouvernement familial tendant à équilibrer l'influence féminine ;
- une volonté de non-implication dans l'espace résidentiel et une raréfaction générale des pratiques de sociabilité privée (nous laissons de côté le travail).

Enfin, les familles simplement modestes sont très proches des familles précaires pour ce qui est des trois dernières caractéristiques de celles-ci (fécondité large / gouvernement féminin / forte insertion résidentielle), mais elles en diffèrent quant au premier point : elles disposent de ressources, et plus généralement de points d'appui stables.

G. Schwartz, 1990

Nos informateurs intervenant dans le domaine de la santé mentale notent une évolution très nette depuis quinze ans : un rajeunissement de la clientèle, l'apparition de pathologies mal définies liées aux difficultés sociales qui entraînent des souffrances

¹⁹ J.-M. Delarue. *Banlieues en difficultés : la relégation*. Paris, Syros, 1991, 224p.

morales se traduisant par de multiples symptômes non spécifiques d'une pathologie, enfin l'accroissement des « conjugopathies », (mésententes de couple), très souvent associées au chômage.

Ils ont pu observer une latence de cinq ans en moyenne entre la mise au chômage et l'apparition de troubles psychiques graves.

« Il y a dix ans, lorsque les difficultés économiques ont éclaté, les équipes soignantes s'attendaient à voir le nombre de suicides s'accroître, mais il ne s'est rien passé. Ce n'est que 4 à 5 ans plus tard que l'augmentation s'est produite. Pendant tout un temps, les manifestations et les revendications ont probablement détourné des personnes une énergie qu'elles ont retournée vers elles plus tard ». (Valenciennois).

Le chômage avait déjà passablement fragilisé la population ouvrière du Bassin minier, mais le phénomène essentiel de la dernière période est l'accroissement de sa durée.

O. Schwartz, 1990

Le recours aux soins chez les hommes d'âge actif (entre 18 et 55 ans) semble poser le plus de problèmes. Il s'agit de la population la moins rencontrée par les médecins, les travailleurs sociaux et les enseignants. Avec eux, il serait bien plus délicat d'aborder les problèmes de santé, la plupart des intervenants non médicaux ressentent fortement ces freins.

Beaucoup se heurtent à une conception curative du recours aux soins dans les milieux populaires, qui tranche nettement avec la consultation préventive du médecin, généraliste ou spécialiste, qui ne s'observe généralement que dans les classes supérieures²⁰.

²⁰ Mormiche P., Les disparités de recours aux soins, Economie et statistiques, 1993, n°265, 5, 45-58.

Herzlich G., « Consommation médicale et catégories sociales : des disparités subsistent mais les écarts se réduisent », in *Santé et médecine*, La Découverte, 1988, 64-68.

« Lorsqu'on leur propose de faire un bilan de santé dans le cadre d'un projet d'insertion RMI; il semble que ce soit plus la peur de perdre le RMI que le souci de leur santé qui les pousse, alors que ça n'a rien d'obligatoire. C'est difficile de proposer une prise en charge psychologique, la psychiatrie a encore une image très négative, « c'est pour les fous ». Ce qu'ils veulent, c'est retrouver du travail ; pour eux, il n'y a rien d'autre à faire ». (Valenciennois).

« Les hommes qui consultent en psychiatrie sont, soit des psychotiques, soit des malades alcooliques. Et c'est souvent lorsqu'il y a une décompensation importante qu'ils sont amenés en psychiatrie, on les voit rarement pour une simple dépression ». (Béthunois).

Parmi les hommes ayant un emploi, il semblerait qu'une certaine fierté se solde par un refus des soins, par une crainte de l'arrêt-maladie proposé. A ce niveau, l'empreinte minière est encore très présente : on ne dérange pas le médecin facilement et on a peur de passer pour un « fainéant » ; l'image de l'homme malade, comme celle de l'homme au chômage, reste très négative.

« Ils n'ont pas l'habitude de se soigner, il faut parfois se battre pour un arrêt de travail, ils ont peur de perdre leur emploi ». (Lensois).

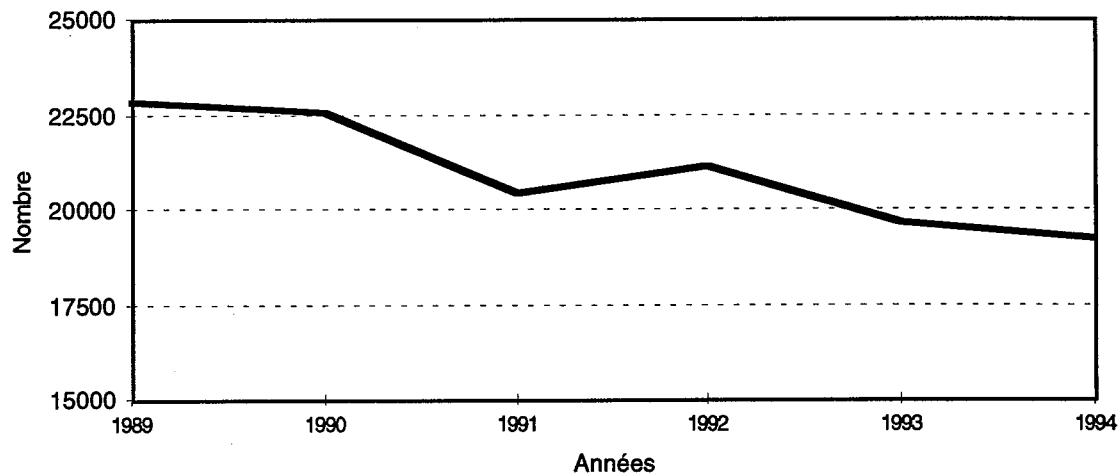
Les médecins rencontrés évoquent des pathologies très lourdes chez les hommes de 55 ans et plus. Il y a, certes encore, de nombreux cas de silicozes²¹ (pneumoconioses), même si elles ne sont pas systématiquement responsables d'une forte incapacité. En 1994, près de 20 000 cas de silicozes (voir graphique I) étaient enregistrés.

²¹ Le terme de silicose est utilisé dans son acception générale. Il s'agit en fait de « pneumoconioses à poussières mixtes » du mineur de charbon.

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Les phénomènes contemporains

Graphique I

Nombre de pneumoconiotiques suivis dans le Nord - Pas-de-Calais,
de 1989 à 1994

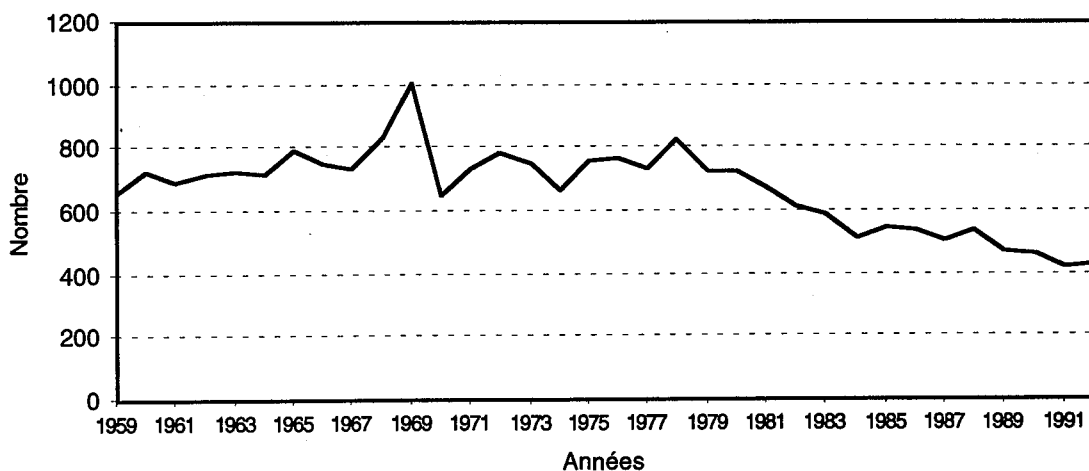


Source : Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines

L'évolution de la prise en charge est telle que l'on peut constater, aujourd'hui, certes avec une qualité de vie altérée, une espérance de vie proche de la normale. Le nombre de décès annuels attribués à la silicose baisse régulièrement, mais était encore de 429 en 1992.

Graphique J

L'évolution du nombre de décès par silicose dans
le Nord - Pas-de-Calais, de 1959 à 1992 (22 828 décès au total)



Source : Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines

LA TOXICOMANIE

Outre l'alcoolisme, le fait de santé le plus évoqué et affectant les hommes jeunes est la toxicomanie, avec une impressionnante variation entre les différents arrondissements du Bassin houiller. Il semble que, parmi les toxicomanes, 4 sur 5 soient des hommes de 20-25 ans en moyenne.

Le problème de la toxicomanie est connu dans le Valenciennois depuis plus de dix ans et d'importants efforts de prise en charge, d'information, de prévention et de formation des travailleurs sociaux, des infirmières et des médecins, s'y déploient. La toxicomanie se situe souvent dans des quartiers difficiles où, parallèlement, on note une augmentation de la violence et de l'impression d'insécurité ressentie par les habitants.

« On commence à parler d'économie familiale basée sur la revente du haschich ».
(Valenciennois).

Souvent, les toxicomanes sont jeunes et vivent chez leurs parents. Ils font partie d'un groupe qu'ils ont peur de perdre s'ils venaient à s'arrêter.

On retrouve habituellement un contexte de parents très protecteurs ne facilitant pas leur capacité d'autonomie. Enfin, il semble rare que les enfants soient rejetés par leurs parents.

Dans certains quartiers, la toxicomanie se limite au trafic sans grosse consommation, souvent limitée au haschich.

Dans le Lensois, comme dans le Douaisis, les faits de toxicomanie sont apparus depuis environ 3-5 ans, mais semblent encore relativement limités. Nos informateurs ont également fait état de « sauvagerie urbaine » en lien avec la toxicomanie, avec une dégradation des repères sociaux. La toxicomanie traduirait plutôt une recherche d'apaisement qu'un désir de fracture par rapport aux parents qui n'en consomment pas. Un signe de

cette recherche de tranquillité est le mode de consommation : l'héroïne est davantage fumée ou inhalée (« sniffée ») qu'injectée, ce qui signifie que les consommateurs ne recherchent pas quelque chose de fort (l'effet de l'héroïne en injection étant beaucoup plus puissant que lorsqu'elle est inhalée).

En revanche, dans le Béthunois, la toxicomanie n'est pas apparue comme problème prioritaire, bien au contraire ; l'alcoolisme est, en revanche, très préoccupant, touchant de plus en plus les jeunes et associé à des actes de vandalisme.

Le monde des femmes, leur place, leur santé

Les femmes dans le « Bassin minier » avaient traditionnellement un rôle bien défini d'épouse et de mère. Elles avaient, certes, comme les hommes, une vie difficile avec peu de temps libre et de loisirs, mais elles avaient un rôle à tenir et le tenaient. Sur elles reposait l'essentiel de la charge familiale domestique ; sur elles, les maris et les enfants s'appuyaient ; autour d'elles se construisait la majeure partie des liens de sociabilité locale.

FEMMES ET FILLES DE MINEURS

Le monde ouvrier vit donc sur lui-même, étroitement soudé. Il l'est d'autant plus que le mineur épouse une fille de mineur, et que ses enfants emboîtent le pas au père. La famille fonctionne comme une unité économique. Fils et filles rapportent leur paye avant de se mettre en ménage. Au coron, l'emploi du temps des femmes est bien rempli. Jour après jour, avant cinq heures, la mère s'occupe du déjeuner du père abatteur qui prend le poste du matin, souvent avec le fils aîné. Il faut ensuite préparer les plus jeunes pour l'école. Après quelques heures de répit, les travailleurs du matin rentrent prendre leur repas et leur bain. La mère prépare ensuite le briquet qu'emportera un autre fils

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Les phénomènes contemporains

au poste de l'après-midi. La maison n'est calme que vers minuit. Au milieu de cette noria de bassines d'eau chaude et de soupe de poireaux, il faut faire les lessives -lundi-, le ménage -mardi-, cuire le pain -jeudi- selon les usages communautaires des femmes de la cité. Dans ces conditions, les changements de postes perturbent la vie familiale... Chacune doit donc servir « ses hommes », qui lui remettent d'ailleurs leur quinzaine sans discuter, et subit les contraintes de leur travail. Exclues de la mine dont elles entendent parler chaque jour, les femmes ont cependant leurs réseaux, leurs lieux de réunion, la fontaine, le four communautaire et surtout le café entre voisins à l'heure calme de la matinée. En dehors de la coopérative, elles se cantonnent au voisinage immédiat. Les hommes ont d'autres territoires. Si le mineur n'est pas dans son jardin ou devant sa porte, accroupi sur les talons, c'est à tel coin de rue, à côté de tel pigeonier, qu'il va retrouver ses copains -plus souvent encore il les rejoint dans son café favori- pour fumer la pipe et ressasser sa journée, car le mineur parle avant tout de son travail.

Michel J.

*La Mine Dévoreuse d'homme
Paris, Gallimard, 1993, 144 p.*

Qu'en est-il de ce rôle aujourd'hui, dans les familles ouvrières et dans les familles défavorisées ? La répartition des tâches est probablement dans une phase de redéfinition. Beaucoup d'hommes attendent de leur épouse que celle-ci tienne à nouveau le rôle que leur propre mère jouait sans rechigner.

Les femmes, et surtout les jeunes femmes entre 18 et 35 ans, de leur côté, n'ont plus les mêmes motivations que leurs mères ; elles aspirent à autre chose et ne comptent plus répondre à l'attente des hommes et de la communauté. Ces aspirations, elles les connaissent d'autant mieux que, très souvent, les filles assistent leurs mères dans les tâches ménagères ; elles vont jusqu'à assurer l'éducation des plus petits, en temps normal, comme en cas de carence parentale sévère. Elles adhèrent de moins en moins à l'ancien

modèle, celui que connurent leurs propres mères et qu'elles ont rencontré en tant que sœur, en tant que grande sœur le plus souvent.

Jacqueline Coutras²² signale, elle aussi, de très notables mouvements dans les comportements féminins lesquels, pour être difficilement perceptibles, n'en sont pas moins réels, signifiants et inducteurs (ou signes) de profondes restructurations.

Les femmes ont été assignées à la résidence comme elles l'ont été à la famille, au travail domestique, et d'une façon plus générale à la sphère privée, ce lieu de défense contre le monde public soumis à la loi des « autres ».[...] La communauté de voisinage, dont on regrette beaucoup la disparition, car sa capacité intégratrice était très efficace, au moins pour les catégories populaires, avait pour assise le travail domestique. Elle devenait une vie sociale plurielle, s'affirmait en action collective au café puis à la mairie, mais elle prenait naissance et était entretenue à la sortie de l'école ou près du bac à sable. Or, aujourd'hui, et cela est nouveau, les femmes refusent de se voir limitées au local résidentiel, même si celui-ci les accueille dans les activités associatives ou de gestion de la vie municipale.[...]

Selon nous, l'une des principales spécificités de la crise actuelle tient à la volonté des femmes de ne plus être circonscrites à la proximité résidentielle, de ne plus y assurer la présence familiale. Les habitantes des « quartiers en développement social » ont les mêmes aspirations que celles des quartiers aisés ; évidemment, leurs moyens ne sont pas les mêmes, le résultat non plus.

Jacqueline Coutras,
Crise urbaine et espace sexué, 1996.

A ce cadre, vient s'ajouter toute la déstabilisation du chômage et toutes ses conséquences qui multiplient les circonstances de conflits et la diversité des difficultés rencontrées par le couple.

²² Coutras J., *Crise urbaine et espace sexué*, Armand Colin, Paris, 1996, 156p.

Il fallait s'y attendre : une société qui investit si massivement le modèle de la mère au foyer doit compter avec quelques effets en retour. Même si l'ensemble fonctionne avec l'évident appui et consentement des femmes, l'enfermement domestique finit tôt ou tard par produire ses conséquences déprimantes, et tend à susciter des conduites de fuite. On a beaucoup parlé de l'absentéisme des femmes à l'usine, il existe aussi ce qu'on pourrait appeler, avec quelque exagération, un « absentéisme domestique ».[...]

On peut saisir ce phénomène sur une question particulièrement sensible, celle de la préparation des repas. Il s'agit là d'une prestation qui fait partie des tâches « canoniques » de la femme au foyer. [...]

L'« assemblée des femmes » représente à la fois un lieu d'échange, de mise en commun des difficultés, et un mode de défense contre la réclusion domestique... On ressent clairement qu'un espace social tend à se constituer, essentiellement féminin, qui concurrence en permanence avec l'espace domestique au sens strict. Dévalorisé par les hommes – « histoires de bonnes femmes » – ou carrément combattu par eux, pour l'effet de décentrement qu'il produit par rapport au foyer, cet espace représente pour bien des femmes le lieu des événements attractifs, le clavier sur lequel elles jouent, rejouent, réécrivent constamment leur histoire.

O. Schwartz, 1990

EROSION DES ANCIENNES FONCTIONS SOUS L'EFFET DU TEMPS ET DE LA CRISE

Nous considérons que les conséquences de la récession économique sur le rôle des femmes semblent varier avec le temps. D'abord hommes et femmes peuvent manifester des états dépressifs et/ou glisser vers de fortes consommations d'alcool, en réaction aux conditions de vie précaires.

Dépression et alcoolisme s'accroissent et tendent à devenir de plus en plus fréquents dans la population, au fur et à mesure que les difficultés matérielles perdurent et que le stress se maintient.

On nous a surtout évoqué ces faits, non pas chez les très jeunes filles, mais majoritairement chez les femmes de 35-40 ans.

« Ces femmes dépriment lorsqu'elles deviennent adultes ». (Valenciennois).

« L'alcoolisation est de plus en plus précoce et devient de plus en plus fréquente chez les femmes. Elles boivent entre elles et chez elles ». (Lensois).

Les jeunes filles qui n'ont pas pu investir dans la réussite scolaire ont, comme échappatoire, la possibilité de se marier et, ainsi, de gagner un espace propre d'affirmation, c'est-à-dire une identité, une légitimité, une image reconnue de mère, de maîtresse de maison.

« Il semble que le projet d'être mère ne soit pas formulé par les jeunes filles mais devienne finalement une solution d'autonomisation pour certaines ». (Valenciennois).

Lorsque les difficultés sociales sont présentes depuis plus longtemps, comme c'est le cas dans le Lensois, il semble que l'angoisse d'une absence de place dans la société, de rôle bien défini, soit vécue très tôt par les jeunes filles.

En général, elles n'ont pas reçu la même éducation que leurs frères et se retrouvent en porte-à-faux par rapport à ce que l'on attend d'elles. Ainsi, elles parviennent à rejeter le projet matriarcal qui leur est proposé. Beaucoup n'acceptent plus cette perspective, le mariage, comme solution pour trouver leur place dans le groupe.

« Depuis deux ou trois ans, on voit de plus en plus de jeunes filles abîmées par leur famille et leur expérience de vie. Chez elles, il faut tout reconstruire car elles ont connu des échecs avec leurs parents, dans leur première vie de couple... Les problèmes de maltraitance, ça existait probablement autant, mais avant ça passait inaperçu car les femmes avaient un rôle à jouer : tenir un foyer, perspective qu'on leur attribue, ou qu'on leur reconnaît de moins en moins, actuellement ». (Lensois).

« J'enseigne depuis trente ans et, depuis peu, je suis marquée par les jeunes filles dépressives, elles sont absentes pendant quinze jours pour une dépression, avant ça n'arrivait pas ». (Lensois).

« Une famille nombreuse pour elles (les jeunes filles), cela tend à correspondre à la négation de l'individu. L'enfant d'une grande famille est pour elles un enfant parmi d'autres, rien de plus, c'est dommage. Les filles expriment leurs regrets de ne pas avoir reçu assez de « sens », c'est-à-dire d'amour de leurs parents, elles se plaignent de ne pas avoir existé pour elles-mêmes aux yeux de leurs parents. Pour elles, un enfant est un individu, qui ne doit plus être un simple élément d'une famille ». (Lensois).

Nos informateurs-clés font un constat que l'on retrouve dans plusieurs études sociologiques : la femme perd activement, sans subir, avec la dégradation des conditions sociales, son rôle d'épouse et de mère.

D'un côté, ce sont elles, les femmes, qui refusent volontairement d'assumer le rôle de femme au foyer. De l'autre, c'est la culture ouvrière en mutation, la communauté locale, qui ne les reconnaît plus capables d'élever des enfants lorsqu'elles vivent des situations de précarité.

Ainsi, le travail d'Annie Piquard²³ montre que la maternité en milieu défavorisé subit la réprobation du regard de la société : ces femmes, du fait de leurs conditions de vie précaires, seraient les moins indiquées pour avoir des enfants et contribueraient, de ce fait, à perpétuer le cycle de la pauvreté.

L'ALCOOLISATION FEMININE

Les conséquences directes de cette perte d'identité sont le grand nombre de dépressions, de tentatives de suicide récidivantes, et enfin d'alcoolisation excessive, comme l'ont constaté nos informateurs-clés.

²³ Annie Piquard, « à la rencontre de l'enfant en milieu très défavorisé ou ambiguïté du regard psychiatrique sur "ces gens là" », in Psychiatrie de l'enfant, XXX, 1, 1987.

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Les phénomènes contemporains

« Avant il y avait un certain matriarcat, et s'il y avait alcoolisation ce devait être au moment des fêtes, soit en public. Le reste du temps, beaucoup de responsabilités reposaient sur la mère de famille. Actuellement, cette baisse de responsabilités s'accompagne d'une augmentation d'alcoolisation clandestine. L'alcoolisation des femmes est d'autant plus forte que l'ébranlement social est intense ». (Bassin houiller).

Le lieu de consommation varie selon les arrondissements. Dans le Valenciennois, il est fréquent que les femmes se rendent au café.

« Quand il y a un problème avec un enfant, on téléphone au café, on sait où le trouver ». (Valenciennois).

Dans le reste du Bassin houiller, il semble que les femmes boivent, entre elles, à la maison.

« Avant les femmes se retrouvaient entre elles autour d'un café, maintenant c'est du mousseux, du vin blanc ». (Lensois).

« Avant c'était l'alcool tabou, maintenant c'est l'alcool caché ». (Douaisis).

Quoiqu'il en soit, c'est souvent en réponse à une insécurité matérielle et psychologique que l'alcoolisation devient excessive, elle se fait donc sur un mode réactionnel.

« Chez les femmes, la maladie alcoolique a souvent un début brutal, en réponse à des difficultés, pour fuir... C'est souvent en cachette... Elle est souvent méconnue du mari et masquée par un syndrome dépressif... C'est souvent plus difficile à toucher mais quand elles décident de s'arrêter, généralement ça réussit ». (Lensois).

« Ici le soir, les jeunes viennent sur la place avec leur pack de cannettes (de bière). Ils viennent garçons et filles jusque très tard ; ils ne font rien d'autre que de boire ensemble. Le lendemain, on trouve les bouteilles vides dans les buissons ». (Béthunois).

Selon Olivier Schwartz²⁴, l'alcoolisation des jeunes filles pourrait être le signe d'une volonté affichée d'accéder à la modernité comme « n'importe quel autre jeune », au vu et au su de tout le monde. Afin de démontrer que l'on n'adhère plus aux anciens schémas culturels, certaines violent ostensiblement un des interdits de la culture ouvrière : consommer de l'alcool dans un lieu public en compagnie de garçons.

Bien que plusieurs typologies de femmes alcooliques aient été proposées par les études sociologiques, il ne nous a pas été possible de définir dans quel type les femmes du Bassin houiller pouvaient se situer. Trop de diversité entre les femmes, selon leur âge et leur parcours personnel, perturbe la clarté d'une analyse qui mériterait pourtant d'être poussée plus avant. Pour notre part, nous pensons que nos informateurs ont décrit tous les types d'alcoolisme possibles, « l'exclue de la modernité »²⁵ qui subit son destin, comme « la déchirée » en contradiction permanente ; « l'emmaisonnée », malade de son choix de demeurer au foyer, tout comme la « moderniste » déçue après un long parcours d'une modernité qu'elle avait cru meilleure. Ici, pour quelque temps encore sans doute, lorsque l'individu ne se réalise pas selon ses espérances, on boit quel que soit son propre parcours.

MUTATIONS DES PLACES ASSIGNEES, CONTRACEPTION ET GROSSESSE

La conséquence indirecte, mais qui nous semble la plus grave, est le retentissement de ce mal-être sur la maternité. Quel que soit le lieu, même si cela n'était pas inscrit dans leurs projets, les femmes deviennent mères assez rapidement, car la contraception n'est pas aussi largement répandue que dans les milieux plus aisés.

²⁴ Entretiens avec O. Schwartz.

²⁵ Typologie proposée par :

Berthelot J.-M., Clément S., Drulhe M., Forne J., Menbrano M., *Les alcoolismes féminins*, Cahiers du centre de recherches sociologiques, Toulouse, n°1, janvier 1984.

Le plus souvent, les jeunes filles vont vivre leur maternité d'autant plus difficilement qu'elles ne l'assument pas, et surtout lorsqu'on ne leur reconnaît pas ce droit.

Pour beaucoup d'entre elles, et l'étude d'Olivier Schwartz en atteste, la contraception est utilisée comme la signature du « congé donné à d'anciennes puissances et d'anciens statuts ». Mais, par ailleurs, le recours à la contraception moderne leur garantit un droit dont on peut dire qu'il est « trop lourd à porter ». Ce droit est celui de se préserver soi-même²⁶.

Cependant, la maternité, même dans des conditions de vie précaires peut, fort heureusement, être vécue dans une perspective heureuse.

C'est ultimement l'urgence de donner naissance à leur vie qui les amène à considérer la maternité comme le moyen par excellence de transcender le cycle de l'extrême pauvreté. La maternité est conçue comme une opportunité unique de se donner une identité personnelle et sociale et d'élaborer une stratégie de changement dans leur vie.

*Colin C., Duquet F., Boyer G., Martin C.,
« survivre et penser à sa santé en situation d'extrême pauvreté,
le point de vue des femmes enceintes de Montréal »,
Centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont, dépt. de santé
communautaire, Montréal, Canada, 1991.*

Selon cette étude québécoise, la maternité peut être un projet de vie, mais l'expérience de la maternité est fortement marquée par la peur de perdre l'enfant (peur du retrait, du placement). Cette peur trouve ses causes dans l'illégitimité sociale de la situation précaire de la jeune femme, que semblent lui renvoyer, d'une part les professionnels qu'elle rencontre et, d'autre part, son entourage immédiat. La grossesse s'accompagne donc, dans ce cas, de la peur

²⁶ Schwartz, 1990, *op. cit.*

d'être privée de l'affection de ses enfants, et surtout, d'en être dépossédée au profit de personnes étrangères.

Catherine Ribeau²⁷ ajoute à cette peur, celle de ne pas être capable d'assumer matériellement les besoins du futur bébé, ainsi que la conscience des difficultés quotidiennes auxquelles sont confrontées les mères.

Le sentiment de reproche que pourraient leur renvoyer les professionnels nuit, non seulement au suivi de la grossesse (absences fréquentes aux rendez-vous), mais aussi au développement fœtal et se répercute éventuellement dans les conditions d'accouchement. La femme, pour mener à bien sa grossesse, a besoin d'être réconfortée, d'être rassurée.

Selon nos informateurs-clés, la grossesse est une période ambivalente car, s'il est vrai qu'elle est porteuse d'espoir, elle donne aussi lieu à de nombreuses angoisses pour les mères : l'angoisse du retrait, le sentiment d'impuissance quant au devenir de leur enfant et à leur capacité d'accueillir le bébé dans de bonnes conditions. D'une part, l'environnement est déstabilisant et d'autre part, le père ajoute parfois une détresse supplémentaire à laquelle est également confrontée la mère.

UNE LONGUE MARCHÉ VERS L'INDIVIDUATION ?

Nous avons été surpris de constater que les femmes le plus souvent citées pour leur dynamisme, sont les femmes seules avec enfant. Tout fonctionne comme si le fait d'avoir quitté leur mari ou refusé de vivre en couple était, parfois, un signe « d'individuation » et de reviviscence : à titre d'exemple, elles sont plus représentées dans les programmes d'insertion, plus motivées pour le suivi

²⁷ Ribeau C., « La maternité en milieu sous-prolétaire », Coll. Voix des femmes, Ed. Stock/2, 1979.

psychologique de leur enfant²⁸. La solitude familiale pourrait être la conséquence d'une lutte contre l'éducation minière, et vécue alors comme seule solution pour préserver un avenir pour soi et pour celui des enfants tout en les rendant, ainsi, moralement plus fortes. Ici, les familles monoparentales seraient plutôt un facteur social positif.

Ainsi, après avoir débuté ce chapitre en insistant sur la voûte constituée par l'« esprit de famille » du Bassin houiller - nous avons abordé la solidarité familiale qui permet souvent la survie des plus démunis- on constate, en analysant les fait féminins, que la crise locale - dans ses aspects économiques, sociaux, culturels- est responsable d'un ébranlement, d'une remise en cause de ce pilier familial.

Dans ce contexte, nous pensons que certains indicateurs de mortalité, tels que le ratio standardisé de « mortalité record » de 2,81 par alcool qui ne cesse de s'élever depuis plusieurs années, sont les signes, les appels à l'aide d'une recomposition sociale d'une ampleur extrême, très douloureusement vécue par les femmes.

Les enfants, leur position, l'avenir

Nous avons recueilli un large consensus auprès de nos informateurs-clés. S'il arrive que l'on relève parfois des cas de carences affectives dans certains quartiers en difficulté, on en remarque également dans le Bassin houiller. Ici, il semble que l'accueil de l'enfant à sa naissance soit, en règle générale, fort chaleureux, tant que l'enfant est considéré comme un « bébé », (cette phase pouvant durer jusqu'à l'âge de 3-4 ans, en raison d'une relation souvent très fusionnelle entre la mère et son enfant).

« Les enfants sont pour la plupart désirés, aimés, choyés, même si les grossesses sont rythmées par la durée de l'allocation d'aide au jeune enfant ». (Lensois).

²⁸ Ceci ne signifie toutefois pas que nos informateurs considèrent qu'il soit plus facile pour une femme d'élever seule ses enfants, sans l'assistance du père ou d'un autre homme.

Ceci constitue, sans doute, un fait très positif pour le développement psycho-affectif des enfants, l'équilibre affectif étant l'un des facteurs indispensables favorisant l'état de santé de l'enfant²⁹. Cependant, cette affection ne s'accompagne pas toujours d'une stimulation suffisante.

« Les parents ne leur parlent pas suffisamment, les enfants apprennent peu de vocabulaire à la maison, le repérage dans le temps et dans l'espace est souvent acquis très tard, ils parlent de plus en plus mal ». (Béthunois).

Ainsi, si l'accueil de l'enfant est d'abord chaleureux, la prise en charge ne semble pas adaptée, et ceci est probablement en corrélation avec les difficultés sociales. Les familles aux conditions de vie précaires, sans repère, n'ont souvent pas eu d'enfance paisible.

L'alimentation des enfants est marquée par des habitudes culturelles solidement ancrées, telle l'alimentation au lait Gloria, le « lait rouge », dont l'apport en fer est très insuffisant. Par ailleurs, les apports en sucre sont excessifs.

« On les voit à n'importe quelle heure de la journée avec un biberon de sirop ». (Valenciennois).

Le recours aux magasins bon marché (hard discounters) nous a été signalé. Pour bon nombre d'informateurs, les produits alimentaires vendus seraient de mauvaise qualité nutritionnelle.

Beaucoup d'intervenants ne parviennent pas à se prononcer sur l'importance de la maltraitance à enfant. Pourtant, ils ont été à même de décrire des négligences dans de nombreux domaines concernant la prise en charge des enfants.

²⁹ Manciaux M. et Deschamps J.-P., « L'enfant et sa santé. Aspects épidémiologiques, biologiques, psychologiques et sociaux. » Doin, 198.7

« C'est surtout de la maltraitance psychologique ; les enfants sont laissés dehors, même tard le soir. L'entourage ne réagit pas tout de suite, et s'ils le font, ce n'est jamais directement, ils vont en parler au directeur d'école ou à la Mairie ». (Béthunois).

Pour ce qui est du recours aux soins des nouveau-nés, les appels sont plus souvent excessifs qu'insuffisants, mais c'est encore et toujours au coup par coup, sans projet préventif, toujours pour un motif curatif.

Fait significatif, aucun informateur n'a spontanément abordé la question du syndrome d'alcoolisation fœtale. Nous n'avons obtenu aucun avis explicite à ce sujet, même lorsque nous avons évoqué cette question.

DES ENFANTS CHOYES MAIS PARFOIS INSUFFISAMMENT STIMULES

Le retard de l'éveil des tout petits est constamment signalé au cours de nos entretiens. Il découlerait et aurait son origine dans l'insuffisante stimulation des enfants en bas âge. Les parents ont parfois de telles difficultés familiales que les problèmes de l'enfant sont relégués au second plan.

« Les enfants que nous voyons ici, lorsqu'ils ont entre 1 et 2 ans, présentent un retard d'éveil, un manque de stimulation, qui peut être investi par les parents s'il y a un pointage venu de l'extérieur. Cependant, il y a beaucoup d'abandon. Les enfants de 3 ans présentent des retards de langage ou des retards d'acquisition, des troubles du comportement aussi qui sont souvent désignés par l'expression « il est infernal ». Les parents tolèrent des situations difficiles et attendent que le problème soit soulevé par l'école pour réagir. Les parents sont loin d'imaginer les difficultés de leur enfant : lorsqu'il y a des troubles du langage par exemple, ils ne se posent pas le problème puisqu'ils le comprennent ». (Lensois).

En général, c'est l'école qui rend le retard apparent.

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Les phénomènes contemporains

« À l'examen d'entrée en CP, sur 40 enfants, on peut être sûr que 10 redoubleront avant le CM2 ; ce qu'il faudrait c'est un rattrapage à 2 ans, sous forme de stimulation psychomotrice. Pour ce qui est de l'encadrement affectif, les petits sont choyés, donc l'école pourrait tout à fait pallier le manque d'éveil psychomoteur ». (Béthunois).

Ce sont généralement des familles qui n'offrent pas de cadre aux enfants : le père ne travaille pas, il y a une absence de rythme ; souvent, seule l'école donne un rythme et, parfois, l'enfant est le seul à se lever le matin.

Lors du dépistage d'un retard, les thérapies proposées ne sont pas toujours acceptées. Les troubles du langage, de l'éveil, du graphisme, de l'orientation dans le temps, sont de plus en plus fréquents, avec un bilan d'autant plus médiocre que le degré de déstructuration de la famille est important.

« Les parents ont beaucoup de mal à adhérer au suivi proposé, le délai d'acceptation d'un handicap de l'enfant peut prendre un an. On fait du suivi en dents de scie... Autrefois, les séances de rééducation psychomotrice se faisaient à domicile (94 %) ; maintenant, de plus en plus, elles se passent dans une structure (50 %) et nombreuses sont les familles qui ne viennent pas, qui manquent des rendez-vous. Les femmes seules qui ont conservé leur environnement familial viennent davantage, souvent avec leur mère... On voit les enfants de plus en plus tôt en consultation médico-psychologique, dès leur entrée à l'école maternelle ; autrefois, ils arrivaient en cours préparatoire (CP) seulement ». (Lensois).

Plus l'enfant grandit, moins sa santé est bien encadrée.

« Il y a un retard au recours aux soins parce que les parents vivent en dehors du temps, et en dehors du rythme de l'enfant. Les repas ne sont pas pris ensemble. Les parents ne se lèvent pas pour emmener l'enfant à l'école, les enfants arrivent tout seuls, vers dix heures ». (Valenciennois).

Souvent, il n'y a que le médecin scolaire qui suit l'enfant, sans la présence des parents, après l'entrée en CP. Ainsi, dès qu'il s'agit de soins coûteux et/ou d'apparence non urgents (problèmes dentaires, port de lunettes, problèmes au niveau du rachis, obésité,

malnutrition...), plusieurs relances sont nécessaires, mais beaucoup n'aboutissent pas.

« Les enfants n'ont pas de suivi à la maison, c'est difficile de quantifier les difficultés, vous ne pouvez pas imaginer les situations que l'on voit. Les parents, il n'y en a jamais plus de trois ou quatre à la sortie de l'école ». (Béthunois).

Les instituteurs de cette école tolèrent cette situation, en grande partie parce qu'ils ont choisi ce site en difficulté. Même si les parents ne semblent pas témoigner beaucoup d'intérêt à leurs efforts, ils réalisent à quel point les enfants sont demandeurs d'école, heureux d'y venir, certains pour pallier un manque affectif.

Dans le Bassin houiller, le terrain semble favorable pour apporter un soutien scolaire efficace aux enfants connaissant des conditions sociales difficiles.

« Les enfants regardent la télé, ça les endort, ils ne sortent pas du quartier ; quand on parle de choses générales, on s'aperçoit qu'ils ne connaissent rien, mais ça les intéresse, ils participent ». (Béthunois).

Il semble, à en croire nos informateurs, que la situation des enfants tende à se dégrader de plus en plus. Beaucoup d'entre eux, au contact des enfants et des familles en difficulté implantées dans tous les secteurs du Bassin houiller, dans le Nord ou dans le Pas-de-Calais, nous ont fait part, et contre toute attente, de leurs craintes à ce sujet. Pourtant, aucun d'entre eux n'a appuyé ses dires en faisant référence aux indicateurs infantiles et périnataux présentés dans la quatrième partie de cette étude.

Très souvent, de manière réitérative, ces mêmes informateurs nous ont fait part de leurs inquiétudes pour l'avenir de ces populations, pour le devenir de ces enfants, futurs adultes qui auront à trouver les ressources leur permettant de vivre ou de quitter le Bassin houiller au moment de la séparation d'avec leur famille.

Le malaise des jeunes mères, âgées de 18 à 35 ans, concourt à leurs craintes. L'anomie³⁰ ou l'individuation³¹ constructive, qui caractérise bon nombre de femmes du Bassin houiller, se replace dans un contexte dynamique de profonde mutation locale. Les enfants y semblent ne pas pouvoir bénéficier de tout le soutien de leur mère tandis qu'ils sont toujours aussi choyés et objets d'investissement pour elles.

VECU DE L'ENFANCE ET SANTE DES ADULTES D'AUJOURD'HUI ET DE DEMAIN

Grâce à plusieurs études publiées depuis le début des années 1980, il semblerait que les problèmes affectifs de l'enfance auraient des répercussions sur l'état de santé de l'individu devenu adulte³². Parmi ces « grands événements de l'enfance », il y a le manque affectif *stricto sensu* qui, ici, ne semble pas être en cause et intervient à concurrence d'une surmorbidity déclarée (+ 49 %). Ce manque affectif est suivi du conflit entre les parents (+ 45 %), puis de l'absence prolongée des parents (+ 36 %), et enfin des maladies graves, handicap ou accident de l'un des deux parents (+ 26 %).

L'influence de ces événements est, d'après G. Menahem, comparativement bien plus importante que le poids des inégalités entre catégories socioprofessionnelles. Ainsi, vaut-il mieux être issu de milieu ouvrier que d'avoir connu, enfant, de grands traumatismes. Enfin, les événements de l'histoire infantile et individuelle de chacun, plus particulièrement encore chez les femmes, sont plus en lien avec l'apparition de maladies à l'âge adulte.

³⁰ Perte des valeurs du groupe par un individu.

³¹ Processus par lequel l'individu se différencie de ses semblables par le développement de sa personnalité et de son psychisme individuel.

³² Menahem G., Troubles de santé à l'âge adulte et difficultés familiales durant l'enfance, *Population*, n°4, 1992, Ined, 893-933.

Menahem G., *Problèmes de l'enfance, statut social et santé des adultes*, CreDES, Paris, 1994, 221p.

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Les phénomènes contemporains

Par ordre d'importance croissante, les groupes de maladies et symptômes les plus sensibles aux problèmes de l'enfance sont : les maladies psychosomatiques, les maladies et symptômes de l'appareil locomoteur, les allergies, les maladies cardio-vasculaires, les maladies de l'appareil digestif, l'asthme et les maladies de l'appareil respiratoire, enfin les dépressions et autres symptômes psychiques.

Tableau 27

Rapports entre les niveaux extrêmes correspondant aux inégalités liées aux événements de l'enfance, les inégalités de catégories sociales et les inégalités de revenus

	Grands événements de l'enfance*/pas d'événements de l'enfance	Ouvriers qualifiés/ Cadres supérieurs	Moins de 0,6x Smic/plus de 2 x Smic
Maladies psycho-somatiques	1,53	1,33	1,13
Maladies de l'appareil locomoteur	1,51	1,39	1,18
Allergies	1,55	0,76	0,64
Maladies de l'appareil digestif	1,85	1,18	1,10
Maladies cardio-vasculaires	1,8	1,78	1,36
Maladies de l'appareil respiratoire	1,91	1,82	1,84
Maladies de l'appareil psychique	2,12	1,06	1,08
Toutes autres maladies	2,18	1,58	1,19

* Manque d'affection, conflit entre parents, absence prolongée des parents, maladies graves des parents ou accident d'un parent

D'après Menahem, 1994

Ce cortège recouvre une partie non négligeable des familles de pathologies donnant lieu à des surmortalités dans le Bassin houiller, dont les maladies de l'appareil digestif et les troubles psychiques.

D'après G. Menahem toujours, la propension à ne pas consulter un médecin est multipliée par deux (passant de 12 % des individus à 24 %) et la consommation médicamenteuse augmentée (de 18 % à

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Les phénomènes contemporains

39 %) lorsqu'il y a eu des problèmes affectifs durables au cours de l'enfance, alors que le nombre de visites à intention préventive se réduit sensiblement (passant de 33 % à 44 %).

Enfin, la consommation d'alcool et de tabac est considérablement augmentée (multipliée par 1,5 à 2,1 dans le premier cas, et par 1,5 à 1,8 dans le second).

Tableau 28

Supplément par rapport à la moyenne du nombre de consultations, de médicaments, de maladies et de verres de vin, consommé selon les problèmes vécus au cours de la jeunesse, la catégorie sociale de l'adulte et les revenus

Supplément par rapport à la moyenne (âge et sexe constant)	Manque affectif	Plus de 2 pb. affectifs durables	Aucun pb. affectif durable	Agriculteurs	Cadres supérieurs	Employés	Ouvriers	1,4 à 2	0,6 à 1
Nombre consultations tous	29%	32%	-7%	-15%	-5%	2%	3%	-3%	5%
Nombre consultations de généralistes	27%	26%	-6%	-8%	-29%	6%	13%	-20%	6%
Nombre de visites préventives	-46%	-39%	9%	6%	29%	3%	-19%	35%	-19%
Nombre de médicaments consommés	39%	31%	-11%	-11%	-11%	8%	6%	-5%	4%
Nombre de	49%	47%	-13%	0%	-18%	5%	10%	-9%	6%
Nombre de troubles psychiques	76%	71%	-17%	-19%	-4%	15%	2%	-3%	6%
Nombre de troubles psychosomatiques	81%	75%	-17%	-3%	-26%	3%	17%	-17%	15%
Nombre de verres de vins bus par	91%*	74%	-20%	-21%	22%**	19%	4%	-14%***	1%****

*Conflit des parents, ** Enseignants, *** > 2 Smic, **** < 0,6 Smic.

D'après Menahe m, 1994

On comprendra donc que l'hypothèse émise par G. Menahe m, c'est-à-dire celle « d'une construction dans l'enfance des aptitudes favorisant des prises de risque dès que l'éventualité d'une privation est en jeu, et amplifiant par là l'exposition aux facteurs de morbidité »³³, constitue à nos yeux une proposition majeure, en vertu de sa capacité à rendre compte d'une partie des faits de santé

³³ Menahe m G., 1994, *op. cit.*

actuels, mis en évidence par nos informateurs-clés et par l'analyse des indicateurs :

- sous-consommation médicale ;
- surconsommation médicamenteuse ;
- sous-recours au dispositif de soins dans une intention préventive ;
- suralcoolisation ;
- tabagisme.

De plus, cette hypothèse laisserait à penser que les déstabilisations familiales, les crises individuelles que peuvent connaître certains parents, seraient susceptibles d'hypothéquer l'avenir de l'état de santé de ces populations, s'il advenait que les « vécus présents » des enfants étaient effectivement, et pour certains d'entre eux, aussi défavorables que ce que l'on peut raisonnablement craindre.

S'ils sont généralement choyés comme tout autre enfant, il est certain que beaucoup de ces « gamins » connaîtront les conséquences des conflits opposant leurs parents. Il est encore plus certain que nombreux sont ceux qui vivent aux côtés d'un père ou d'une mère atteint(e) d'une maladie grave, ou porteur(se) d'un handicap physique ou mental.

En cela, l'état de santé déficient qui caractérise cette population pourrait, dans ces conditions, se perpétuer..

A l'Enfant d'Eléphant de Rudyard Kipling
(et à la sœur qu'il n'avait pas)

Propositions

A l'issue de cette enquête, il nous semble utile d'inventorier des actions et des méthodes susceptibles d'être bénéfiques pour la population du Bassin houiller et le rétablissement d'un état de santé satisfaisant.

Ces propositions mettent en avant le nécessaire réexamen des acquis et certitudes qui sont, aujourd'hui, à notre avis, trop marqués par des événements dépassés, qui n'ont plus guère de contemporanéité avec la population actuelle.

A lui seul, le constat des lourds problèmes de santé qui affectent les habitants de ce territoire, incite à rechercher les signes d'une dynamique parfois douloureuse qui, « à bas bruit », parcourt la société locale et touche les individus. Ceux-ci y sont d'autant plus sensibles que l'insécurité cumulative, sous toutes ses formes, les affecte.

La santé a parfois été définie comme un « état d'équilibre entre un organisme et son milieu ». Le Bassin houiller recèle en lui-même tant de déséquilibres que l'on peut comprendre que son corps social, désadapté, se trouve transitoirement exposé à un des phénomènes délétères.

Reconnaître la spécificité sans stigmatiser

A l'évidence, des actions volontaristes pourraient avoir quelque efficacité pourvu qu'elles soient adaptées au territoire et à la population locale. Pour cela, il conviendrait de veiller à ne pas faire fonctionner la réflexion en la fondant sur des archétypes.

Manier l'archétype, la conception dépassée, est une attitude qui accroît le risque d'une stigmatisation.

Un grand nombre de nos informateurs nous ont fait part des réticences ressenties lorsque, dans l'exercice courant de leur profession, ils étaient amenés à exposer la spécificité de phénomènes culturels et sociaux locaux qu'ils connaissent fort bien. Pour eux, et pour d'autres très certainement, dire ou écrire que « le monde de Germinal est en train de flétrir » expose au risque de couvrir d'infamie, de flétrir les habitants eux-mêmes au travers de leurs comportements.

Reconnaître que le handicap de santé qui caractérise le Bassin houiller provient très certainement des conditions de vie que connaissent les populations les plus en difficulté, ne va pas systématiquement à l'encontre de « l'image » de ce territoire. Il existe bien un phénomène contemporain dont les manifestations ont été perçues sur place, mais qui sont des phénomènes connus et décrits ailleurs et qui affectent aussi d'autres territoires, la bibliographie réunie dans ce volume en témoigne.

Pousser, plus avant encore, les recherches appliquées et applicables à ce territoire

Produire de la connaissance permet, non seulement de comprendre, mais de mettre à jour les conceptions ayant cours à un moment donné.

S'il existe quelques publications récentes, mais ponctuelles et peu diffusées, se rapportant au Bassin houiller, nous pensons cependant que le Bassin houiller, c'est-à-dire la population qui y vit, souffre aujourd'hui d'un certain manque d'intérêt de la part des chercheurs. A titre d'exemple, très peu de personnes interrogées avaient porté

une attention au livre d'Olivier Schwartz¹, dont l'apport nous semble pourtant capital lorsque l'on aborde ce territoire.

Il serait pourtant d'une utilité certaine, d'un apport presque stratégique, de pouvoir suivre au plus près l'évolution des phénomènes de santé :

- alcoolisme ;
- toxicomanie ;
- recours aux soins de ville et hospitaliers ;
- consommation médicale et pharmaceutique ;

ainsi que les mutations qui modèlent le corps social :

- progression ou régression du niveau de qualification ;
- évolution de l'ancienne culture ouvrière ;
- place et attitudes des femmes ;
- mutations quantitatives et qualitatives des phénomènes de précarité ;
- modifications de la cellule familiale et des liens de la parentèle élargie ;
- vécu de la maternité ;
- statut et développement des enfants âgés de 0 à 4 ans ;

et de qualifier, de plus près encore, les mouvements de la population :

- modifications de la natalité ;
- composition et structuration de l'immigration et de l'émigration ;
- arrivée et/ou fixation éventuelles des familles en grande difficulté ;
- départs hypothétiques hors du Bassin houiller, ou de la région elle-même, des individus qualifiés et diplômés.

Sur ce dernier point, il faut souligner l'importance stratégique que revêtirait le suivi des dynamiques familiales et individuelles. En effet, aujourd'hui, l'appréciation des faits sanitaires et sociaux souffre d'un manque d'information se rapportant aux personnes

¹ L'analyse qui a été développée dans cet ouvrage, dont la rédaction a été achevée en 1985, nécessiterait, selon O. Schwartz, l'adjonction de quelques compléments lui permettant d'être revue et sensiblement corrigée, en fonction des évolutions ayant eu lieu depuis dix ans.

arrivant ou quittant le Bassin houiller. Il conviendrait de disposer des données, régulièrement remises à jour, décrivant le parcours de ces personnes. L'avenir du Bassin houiller dépendra des personnes qui y résideront demain. S'il s'avérait que les « familles ascendantes », pour reprendre la typologie d'O. Schwartz, quittaient ce territoire pour s'implanter en d'autres lieux, si le Bassin houiller devenait un espace d'accueil pour « familles précaires », il conviendrait de comprendre dès aujourd'hui que cet ensemble urbain ne puisse pas recouvrer, à court terme, une dynamique positive. A l'inverse, nous sommes tout à fait convaincus qu'il est, plus qu'ailleurs, nécessaire que se fixe très rapidement une population qualifiée, moins exposée aux difficultés de la vie. Celle-ci serait susceptible d'insuffler, localement, un dynamisme social et économique. C'est pourquoi, il convient de prendre conscience qu'un dialogue, que des échanges, spontanés ou faisant l'objet d'une volonté publique, entre Bassin houiller et métropole lilloise, pourraient être la clé de ce renouveau souhaitable.

Le manque d'intérêt, cette relative carence scientifique qui affecte la grande mutation du Bassin houiller, nous semblent relever tout autant d'un manque de vigilance passagère de la recherche régionale que de l'expression d'une volonté de ne pas observer les conditions de vie de cette population, ces familles, ces personnes. Les traces héritées de « 130 ans d'occupation minière » marquent, selon nous, les représentations sociales, tant dans le Bassin houiller, qu'à sa périphérie et au-delà.

Développer la prise en charge alcoologique dans sa diversité

Avant toute chose, avant même d'envisager la mise en place d'une prise en charge structurée des malades alcooliques, il convient d'obtenir, de la part du plus grand nombre d'acteurs (associations

néphalistes, médecins de ville, centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie, établissements d'hospitalisation), que l'alcoolisme, maladie spécifique, soit reconnue pour elle-même et que soit levé le « déni » qui l'affecte parfois. Il y a tout à attendre d'une plus ample sensibilisation des acteurs locaux, et de la création de structures de prises en charge, d'actions de prévention innovantes², qu'il faudrait mettre au point en les adaptant à la population et au contexte local.

Plus qu'ailleurs sans doute, il est nécessaire qu'une prise en charge multidisciplinaire s'organise, dans tous les secteurs du Bassin houiller, afin que les malades puissent accéder aux structures qu'ils souhaitent fréquenter, et ce, dans des délais écourtés par rapport à aujourd'hui. Cette intention a déjà été exposée dans le Schéma régional d'organisation sanitaire élaboré par la Drass Nord - Pas-de-Calais.

Les conclusions que nous pouvons avancer, rejoignent très exactement les intentions exposées dans le Sros : l'accès des femmes aux soins alcoologiques a localement besoin d'être revu et réadapté en fonction des besoins et des attentes de celles-ci. Par ailleurs, il est certain qu'une importante sensibilisation doit être menée à propos du syndrome d'alcoolisme fœtal . Nous avons tout lieu de redouter que ce syndrome ait, ici, une prévalence anormalement élevée.

² L'Association, le Pari, à Lille, met en œuvre une approche nouvelle, remarquablement adaptée à la population qu'elle cherche à toucher. Une telle attitude innovante serait à encourager.

Investir dans une dynamique d'accompagnement des femmes qui ne se limite pas au local et à la seule maternité

Bien que l'appréciation de la situation sanitaire et sociale des femmes en difficulté et de leurs enfants souffre, à notre sens, d'un manque d'information et d'enquête répondant à nos interrogations actuelles, il est certain que les situations dont nous avons pu prendre connaissance, exigent qu'une plus grande attention soit portée aux femmes du Bassin houiller. Il y a là, sans doute, le développement probable d'une crise sanitaire dont les manifestations n'ont pas suffisamment retenu l'attention. Trop d'attention a été exclusivement portée aux répercussions locales du chômage pour que puissent transparaître les difficultés d'une population féminine qui, spécifiquement dans le Bassin houiller, devait composer avec une culture ouvrière qui reconnaissait l'accès au travail à une minorité d'entre elles.

Et pourtant le Rsm par cirrhoses et psychoses alcooliques de 2,81 aurait pu être un des signes de cette déstabilisation susceptible de retenir l'attention. Certes, la culture ouvrière et la précarité³ ne s'accompagnent que très exceptionnellement, chez les femmes, d'une expression explicite ou d'un droit de cité manifeste. Le sort actuel des femmes du Bassin houiller, une plus juste appréciation de leur état de santé et de ses déterminants, restent encore à découvrir.

Il n'en demeure pas moins urgent que des actions de prévention s'adressent spécifiquement à celles-ci, tout en tenant compte de la désinsertion et de la désaffection que ces femmes pourraient ressentir de plus en plus vis-à-vis de « l'étau »⁴ que sont, pour elles,

³ Coutras J., 1996, *op. cit.*

⁴ Ibid.

l'échelon local et la communauté. « La communauté leur rappelle l'aide des voisins et des voisines... et aussi leur surveillance »⁵.

A ce titre, la mise en place d'actions collectives de prévention, à l'échelon du quartier, et axées sur la maternité, implique que l'on renvoie délibérément chaque femme, chaque jeune fille, au cadre et au statut le plus traditionnel, au mépris de ses aspirations personnelles.

A l'inverse, nous ne saurions qu'inciter les acteurs locaux à accompagner l'«individuation» féminine qui se met en place, car tel est leur désir et que, de plus, leur désaffection pour le cadre de vie local et les liens communautaires est de plus en plus patente et douloureuse. Concrètement, cela signifie faciliter la mobilité des femmes, les aider à trouver la voie d'une plus grande mobilité⁶ et leur permettre d'accéder à un emploi si elles le désirent. De telles approches permettent probablement de respecter la stochastique des parcours et des projets individuels.

Préserver l'avenir de la population et respecter les projets familiaux

Les signes d'une crise sociale et psychologique atteignant les femmes doivent, selon nous, être considérés avec attention. Si l'on admet l'importance du lien qui unit la mère et l'enfant, dès avant la naissance, au cours de la vie fœtale, on comprendra qu'il serait nécessaire d'élaborer collectivement, au moins sur l'ensemble du Bassin houiller si ce n'est dans la région, une prise en charge individualisée s'initiant dès le début de la grossesse.

Nous entendons, en outre, par prise en charge, toutes les mesures qui seraient susceptibles de concourir à donner à la femme/mère la

⁵ Ibid.

⁶ Ceci peut consister en des accompagnements hors du quartier de vie, en la mise en place de stratégies de dynamisation spatiale et, pourquoi pas, en un subventionnement du permis de conduire.

meilleure image d'elle-même, à la rassurer en l'aidant à se défaire de ce sentiment d'angoisse, de peur, dont beaucoup d'informateurs nous ont fait part.

En effet, il est nécessaire que la femme/mère, qu'elle vive en couple ou non, puisse être, elle-même, en mesure d'apporter à son enfant la confiance et l'harmonie nécessaires à son bien-être et à son développement. Or, nous pensons que la fréquence du mal-être, chez la femme et la jeune femme, est actuellement anormalement élevée, fortement sous-évaluée.

Le lien interactif materno-fœtal⁷ est capital car il déterminera, pour partie, de la future capacité de l'enfant à répondre aux sollicitations de l'environnement. Or, si la future mère vit l'insécurité et le mal-être, la qualité de ce lien peut en être affectée. L'enfant peut, dans ces conditions, générer un refus des stimulations de son environnement, souffrir de dysfonctionnements, de retards de structuration des facultés intellectuelles et de la personnalité. L'enfant risque alors d'entrer dans un cycle pernicieux, « fatal » diraient certains⁸, puisque croissant avec l'âge et reproductible aux générations suivantes : retards de l'enfant en bas âge, inadaptation, marginalité, inemployabilité, inintégration à la vie sociale à l'âge adulte.

Dès les premières années de vie, il est par conséquent souhaitable que l'enfant, le père et la mère, dont les difficultés sociales ont été repérées pendant la grossesse, puissent continuer à recevoir un encadrement, un suivi sanitaire et social global (parents-enfant), afin de poursuivre la prévention des carences multiples. Ainsi, autour de chaque famille, père et mère ou mère seule, devrait se tisser un réseau de prise en charge, système qui nous a semblé encore bien insuffisamment développé dans le Bassin houiller.

⁷ Piquard A., 1987, *op cit.*

⁸ Selon les termes de Maurice Titran.

Encourager la constitution des réseaux locaux

Il nous semble nécessaire que des réseaux de prise en charge et de prévention se structurent davantage. Leur mise en place, encouragée et/ou spontanée, permettrait, très certainement, d'étoffer et d'améliorer la prise en charge actuelle. Mais, plus encore, la connexion des divers partenaires peut être le gage d'une diversité accrue et plus accessible parce qu'elle met à disposition de la population le préventif et le traitement, la ville et l'hôpital.

Dans ce/ces cadre(s), la « médecine de ville » devrait trouver sa place en tant que dispensatrice de soins préventifs et devenir encore plus accessible qu'elle ne l'est actuellement.

Beaucoup d'établissements hospitaliers nous ont paru, pour leur part, susceptibles de s'impliquer plus encore dans la prévention, disposés à ne pas demeurer dans le seul champ du curatif.

La mise en place d'un tel dispositif devrait, selon nous, s'effectuer à l'échelon local, c'est-à-dire ne pas s'étendre sur de trop amples territoires (la taille d'un arrondissement nous semblant adéquate) et s'adresser, dans un premier temps, à un public limité. Il importe avant tout que cette mise en place soit, certes, portée à plusieurs.

Mais il convient de s'assurer, très régulièrement, que des processus de désinvestissement ne se produisent pas. En effet, un des risques de la mise en place de partenariat efficient est bien que l'investissement d'un nouvel acteur, complétant le dispositif de ses propres ressources et savoir-faire, ne soit suivi rapidement par le retrait partiel ou définitif d'un partenaire précédemment actif.

La mise en place des réseaux est le garant de l'association possible entre logiques sociales, sanitaires et urbaines. Ainsi, ces techniques pourraient-elles converger au lieu de s'annihiler comme elles le font trop souvent actuellement. Le social, le sanitaire et l'urbain agissent sur les mêmes populations et partagent bien plus

d'objectifs communs que ce que l'on pourrait supposer. Ils ne diffèrent en fait que par des temps d'intervention et de résultats inégaux. Le court terme est pris en charge par les professions sanitaires, le moyen terme par le social, et le plus long terme par les aménageurs, par la politique de la Ville.

La constitution de réseaux socio-sanitaires locaux implique qu'il soit bien plus tenu compte de la « multi-appartenance » des personnes. Aujourd'hui, on ne s'inquiète sans doute pas assez de leurs attentes personnelles. Cherchent-elles à être prises en charge, traitées, ou recherchent-elles plus simplement des conseils ? Beaucoup ont simplement besoin d'être aidées, écoutées, par un travailleur social ou un médecin généraliste, sans qu'elles ne forment une demande explicitement en relation avec leur état de santé. En cela, il serait possible d'aller au-devant de la population sans que se réinstaure un dispositif à nouveau très assistanciel.

Tout ceci concourrait à « une potentialisation des ressources locales » que nous estimons souhaitable. Ainsi serait-il possible, secondairement, pour les membres de ce réseau, de cibler et de rendre plus apparents les éventuels déficits structurels locaux dont quelques informateurs nous ont entretenus. En effet, un partenariat ne fonctionne que si tous ses membres ont les moyens d'y tenir leur place. La force du dispositif est à la mesure du maillon le plus faible.

Enfin, nous nous permettrons, avant de clore ce travail, d'indiquer qu'il est hautement souhaitable que les dispositifs, qui pourraient venir se mettre en place dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais, soient a-spécifiques, c'est-à-dire semblables à tout ce que l'action publique met à la disposition des populations en difficulté, où qu'elles se trouvent.

Les habitants de ce territoire ont à la fois besoin d'être traités comme n'importe quel citoyen français, mais aussi d'avoir accès à tout ce qu'un citoyen français peut espérer trouver à sa disposition.

Ce qu'il faut aux familles du Bassin houiller c'est accéder à la normalité en passant par la modernité. En cela, l'action volontariste, publique ou privée, est d'une nécessité impérieuse.

Or il y avait -un éléphant tout nouveau- un enfant d'éléphant pourvu d'une insatiable curiosité, ce qui veut dire qu'il posait sans arrêt des tas de questions.[...]

Le lendemain matin, quand il ne resta plus rien des équinoxes, parce que la précession avait procédé comme précédemment, cet insatiable Enfant d'Eléphant prit cent livres de bananes, les petites rouges, cent livres de cannes à sucre, les longues violettes, et dix-sept melons, les verts craquelés, puis il dit à toute sa chère famille : » Au revoir, je m'en vais vers le grand fleuve Limpopo, aux eaux glauques et bordées d'arbres à fièvre, pour savoir ce que le crocodile a pour le dîner; » Ils lui flanquèrent encore quelques coups pour la route, bien qu'il leur ait demandé très poliment de s'arrêter. [...]

Enfin les choses devinrent si houleuses que tous ses chers parents, les uns après les autres, se précipitèrent sur les rives de grand fleuve Limpopo, aux eaux glauques et bordées d'arbres à fièvre, pour demander de nouveaux nez au Crocodile. Quand ils revinrent personne ne flanqua de coups à personne ; et c'est depuis ce jour ô, ma Bien-Aimée, que tous les éléphants que tu verras, sans parler de tous ceux que tu ne verras pas, ont des trompes exactement comme celle de l'insatiable Enfant d'Eléphant.

Rudyard Kipling, « Histoires comme ça », 1902.

CONCLUSION

- En premier lieu, nous retiendrons que la *situation* actuelle de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais présente un grand nombre de spécificités. En cela, l'ensemble du contexte local contemporain influence, nous semble-t-il, fortement les données locales sanitaires et sociales, très interdépendantes. Il existe bien un état de santé particulier affectant ce territoire formé d'une collection de phénomènes, qui est propre à cet ensemble urbain marqué par son passé industriel.

- Secondairement, nous tenons à signaler que les *phénomènes* contemporains qui sont décrits dans cette enquête peuvent et sont, et la bibliographie en témoigne, relevés ailleurs. D'autres territoires en difficulté, d'autres populations souvent issues de milieux ouvriers, sont à la recherche d'une nouvelle identité collective.

- Par conséquent, nous pensons que cette étude peut contribuer à une réflexion plus générale, portant sur les groupes sociaux confrontés à de grandes difficultés matérielles, sur « les espaces de l'exclusion » et sur l'impact sanitaire d'une crise sociale qui perdure.

- Il serait souhaitable que des enquêtes de ce genre puissent être menées ailleurs, dans d'autres secteurs du Nord - Pas-de-Calais comme en France, car elles rendent possible la caractérisation des spécificités locales (contexte particulier) et le suivi des dynamiques dont les populations et les familles font preuve aujourd'hui (évolution générale).

- Enfin, nous nous permettons de rappeler une dernière fois, que les difficultés sociales et la dégradation de l'état de santé que connaît la population du Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais, n'affectent pas l'ensemble des personnes qui y résident mais bien des personnes dites « en difficulté » qui s'y trouvent ici plus qu'ailleurs, rassemblées en plus forte proportion.

L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais
Conclusion

• *En soit, ce territoire n'est pas pathogène.* La nécessité d'un traitement efficient s'y impose. Il ne serait pas compréhensible de laisser simplement le temps régler cette crise et attendre que ces familles émigrent ou disparaissent, précocement, sous le coup de difficultés vécues comme insurmontables.

Bibliographie

1. Adam (P.), Herzlich (C.). - Sociologie de la maladie et de la médecine. - Paris : *Editions Nathan*, 1994. - 127 p.
2. Beaujeu-Garnier (J.). - La France des villes. Nord et Nord - Est. (volume 3). - Paris : *La Documentation française*, 1979. - 200 p. : cartes.
3. Breitman (N.), Breitman (M.). - Les maisons des mines dans le Nord - Pas-de-Calais. - Liège : *Editions Mardaga*, 1996. - 127 p. : photographies, plans.
(*Collection Modèles urbains*)
4. Convert (B.), Pinet (M.). - Logiques industrielles de reconversion et politiques de mobilisation. Le bassin minier Nord - Pas-de-Calais.
(*Publication du laboratoire d'aménagement régional et urbain de l'institut industriel du Nord*, 1978)
5. Coutras (J.). - Crise urbaine et espaces sexués. Paris : *Armand Colin / Masson*, 1996. - 155 p.
(*Collection Références*)
6. Devos (C.). - Transformation du paysage social : plus de cadres et moins d'ouvriers.
In : Profils de l'économie Nord - Pas-de-Calais, Insee Nord - Pas-de-Calais, n°4, juillet 1994. - pp.15-21

7. Dortier (JF). - L'individu dispersé et ses identités multiples.
In : Sciences humaines, n°37, mars 1994. - pp.18-21
8. Fabriès-Verfaillie (M.), Jouve (A.), Stragiotti (P.). - La France des villes : le temps des métropoles ? . - Paris : *Bréal*, 1994. - 320 p. : cartes.
9. Hardy - Hemery (O.). - De la croissance à la désindustrialisation : un siècle dans le valenciennois. - Paris : *Presses de la Fondation nationale des sciences politiques*, 1984. - 401 p.
10. Insee Nord - Pas-de-Calais. - Le bassin minier. - Lille : *Insee*, 1994. - 40 p. : tabl.
(Les dossiers de Profils, n° 33, septembre 1994)
11. Journet (N.). - Un lien fondamental.
In : Sciences humaines, n°48, mars 1995. - pp.123-135
12. Kourchid (O.), Kuhnunch (A.) avec la participation de Michel Deswarte. - Mines et cités minières du Nord et du Pas - de - Calais : photographies aériennes de 1920 à nos jours. - Lille : *PUL*, 1990. - 476 p.
(Ouvrage publié avec le concours du CNRS, du Conseil général du Pas - de - Calais, de l'association du Centre historique minier.)
13. Le Maner (Y.) . - Du coron à la cité : un siècle d'habitat minier dans le Nord - Pas-de-Calais : 1850 - 1950. - Lewarde (Nord) : *Centre historique minier*, 1995. - 118 p. : plans.
(Collection Mémoires de gaillettes, n°1, 1995)
14. Lucas (V.), Tonnelier (F.). - Distance d'accès aux soins en 1990. - Paris : *Credes*, 1995. - 71 p.

15. Maffesoli (M.). - Le temps des tribus : le déclin de l'individualisme dans les sociétés de masse. - Paris : *Le Livre de poche*, 1991. - 259 p.
16. Michel (J.). - La mine dévoreuse d'hommes. - Paris : *Gallimard*, 1993. - 144 p. : photographies.
(*Collection Découvertes Gallimard Histoire*)
17. Observatoire régional des formations des qualifications et des emplois Nord - Pas-de-Calais (ORFQE), Agence régionale de développement (ARD). - Schéma régional des formations. Indicateurs locaux sur les emplois et les formations.
Bassin de Douai.
Bassin de Valenciennes.
Bassin de Lens.
Bassin minier Ouest.
Lille : *ORFQE, ARD*, 1994.
18. Observatoire régional des formations des qualifications et des emplois Nord - Pas-de-Calais (ORFQE), Agence régionale de développement (ARD). - Quelques éléments sur l'emploi et le chômage en région Nord - Pas-de-Calais. - Lille : *ORFQE, ARD*, 1994.
19. Paugam (S.) (sous la dir. de). - L'exclusion : l'état des savoirs. - Paris : *La Découverte*, 1996. - 581 p.
20. Pineault (R.), Daveluy (C.). - La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies. - Montréal : *Editions Nouvelles*, 1995. - 480 p.
(2^e édition revue et corrigée)

21. Ponty (J.). - Les polonais du Nord ou la mémoire des coronas. - Paris : *Editions Autrement*, 1995. - 123 p. : photographies.
(*Autrement, Série Monde / Français d'ailleurs, peuple d'ici, H.S. n° 83*)
22. Préfecture de la région Nord - Pas-de-Calais. - Des villes et des hommes : le devenir de l'ancien bassin minier. - Lille : *SGAR, Centre d'études et de prospective*, 1995. - 191 p. : cartes, photographies, plans.
23. Préfecture de la région Nord - Pas-de-Calais, Direction régionale de l'équipement (DRE). - Aire métropolitaine. Quel scénario de développement ? Enjeux d'aménagement et de développement. - Lille : *DRE*, 1993. - 43 p. : cartes, plans.
24. Pumain (D.), Saint-Julien (T.). - L'espace des villes. - Paris : *GIP Reclus, La Documentation française*, 1995. - 128 p. : cartes et fig.
(*Collection Atlas de France, volume 12*)
25. Revue du Nord. - Sociabilité et mémoire collective. - Villeneuve d'Ascq, Université de Lille III, 1982. - (386 p.)
(*Revue du Nord, Histoire et archéologie, avril - juin 1982, tome LX IV*)
26. Schwartz (O.). - Le monde privé des ouvriers. Hommes et femmes du Nord. - Paris : *PUF*, 1990. - 531 p.
(*Collection Pratiques théoriques*)
27. Schwartz (O.). - Zones d'instabilité dans la culture ouvrière.
In : Ouvriers, ouvrières : un continent morcelé et silencieux. Paris : Editions Autrement, 1992, Série Mutations n°126. - pp. 123-135

- 28.Schwartz (O.) (propos recueillis par Sylvain Allemand). - La culture ouvrière.
In : Sciences humaines, hors-série n°10, sept-oct 1995. - pp.34-35
- 29.Senault (B.). - Chômage, cessation anticipée d'activité et santé dans le bassin sidérurgique lorrain : analyse descriptive, méthode et résultats. - Pont-à-Mousson : *Observatoire régional de la santé et des affaires sociales en Lorraine*, 1985. - 42 p.
(Document photocopie)
- 30.Subra (P.). - Le valenciennois : analyse géopolitique de la reconversion. - Saint-Denis, Université Paris VIII Vincennes, 1994, 3 volumes, 218+ 236+ 236 p. : cartes, graph., tabl.
(Thèse pour le doctorat de géographie)
- 31.Terrail (JP). - Destins ouvriers : la fin d'une classe ? . - Paris : PUF, 1990. - 275 p.
(Collection Sociologie d'aujourd'hui)
- 32.Thomas (R.), Faist (R.). - Les conséquences sociales de la restructuration charbonnière dans les pays de la Communauté européenne. - (s. l.). - : *Institut entreprise et personnel*, 1992. - 86 p. + annexes.
(Document photocopie)
- 33.Viseux (A.). - Mineur de fond : fosse de Lens, soixante ans de combat et de solidarité. - Paris : *Plon*, 1991. - 600 p. : cartes et plans.
(Collection Terre humaine)

Table des tableaux

1	Eléments synthétiques sur les unités urbaines du Bassin houiller	32
2	Les friches industrielles dans le Bassin houiller	34
3	Eléments sur l'emploi et le chômage dans le Bassin houiller	36
4	Indicateurs relatifs au logement dans le Bassin houiller	36
5	Le revenu fiscal et les foyers non imposés dans le Bassin houiller	38
6	Forces, faiblesses et évolution de la situation sociale dans les régions houillères d'Europe	43
7	Catégories socio-professionnelles parmi la population ayant un emploi dans le Bassin houiller en 1990	44
8	Distribution de la population âgée de 15 ans et plus, selon le niveau de diplôme atteint, dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais	45
9	Poids des revenus provenant de la mine en 1993, dans le Bassin houiller	49
10	La mortalité infantile et périnatale dans les secteurs sanitaires du Bassin houiller	90

11	Les prématurés de moins de 33 semaines	92
12	L'allaitement maternel dans le Bassin houiller	93
13	Montants et indices des dépenses constatées en 1993, par personne protégée par le régime général dans les trois Caisses primaires du Bassin houiller, la région et la France	95
14	Nombre de lits, activité et taux de captation hospitaliers dans les secteurs sanitaires du Bassin houiller en 1994	97
15	Proportions d'établissements, rapportés à l'ensemble de la région, pour chaque discipline (nomenclature assurance maladie) en 1994	99
16	Les actes de médecine libérale rapportés au nombre d'habitants dans le Bassin houiller en 1993	102
17	Les médecins libéraux en 1993 dans le Bassin houiller	103
18	Spécialités significatives en 1993 dans le Bassin houiller	104
19	Taux de croissance annuel moyen du nombre de médecins libéraux dans le Bassin houiller entre 1990 et 1993	106
20	Comparaison de la structure des actes médicaux : médecine minière et médecine libérale	108
21	Répartition du nombre d'admissions par régime de protection sociale dans les établissements de l'AHNAC	111

22	Répartition du nombre d'admissions par régime de protection sociale dans les disciplines dispensées par l'AHNAC	112
23	Répartition de la population générale par régime de protection sociale dans les arrondissements du Bassin houiller	112
24	Pourcentages d'hommes consommant entre 20 g/jour et 80 g/jour d'alcool, selon l'âge et la Csp	134
25	Pourcentages d'hommes consommant plus de 80 g/jour d'alcool, selon l'âge et la Csp	134
26	Pourcentages d'hommes consommant plus de 20 cigarettes/jour, selon l'âge et la Csp	135
27	Rapports entre les niveaux extrêmes correspondant aux inégalités liées aux événements de l'enfance, les inégalités de catégories sociales et les inégalités de revenus	163
28	Supplément par rapport à la moyenne du nombre de consultations, de médicaments, de maladies et de verres de vin, consommé selon les problèmes vécus au cours de la jeunesse, la catégorie sociale de l'adulte et les revenus	164

Table des graphiques

A	Les causes de décès chez les hommes	53
B	La répartition par causes de la surmortalité masculine	56
C	Les causes de décès chez les femmes	72
D	La répartition par causes de la surmortalité féminine	73
E	Répartition des rentes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles par tranche de montant	123
F	Répartition des rentes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles par tranche d'âge	124
G	Pourcentages d'hommes consommant plus de 60 grammes d'alcool et plus de 20 cigarettes par jour selon l'âge, parmi les cadres et les ouvriers	136
H	Les fermetures de puits de mines dans le Nord - Pas-de-Calais entre 1936 et 1995	140
I	Nombre de pneumoconiotiques suivis dans le Nord - Pas-de-Calais, de 1989 à 1994	145
J	L'évolution du nombre de décès par silicose dans le Nord - Pas-de-Calais, de 1959 à 1992	145

Table des cartes

Les cantons et les grandes communes du Bassin houiller	26 bis
La population des cantons en 1990	28 bis
L'inadaptation du modèle « banlieue » :	
les groupes et les concessions	29 bis
Acom/Sacomi	29 ter
Les attractions périphériques exercées sur la main-d'œuvre résidant dans le Bassin houiller	36 bis
Taux d'activité des femmes âgées de 20 ans à 59 ans en 1990	38 bis
Les Bassins houillers européens	42 bis
Mortalité globale (toutes causes de décès confondues) chez les hommes entre 1988 et 1992	53 bis
Mortalité par tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon chez les hommes entre 1988 et 1992	57 bis
Mortalité par tumeurs des voies aérodigestives supérieures & de l'œsophage chez les hommes entre 1988 et 1992	58 bis
Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire chez les hommes entre 1988 et 1992	59 bis

Mortalité par cardiopathies ischémiques chez les hommes entre 1988 et 1992	60 bis
Mortalité par maladies vasculaires-cérébrales chez les hommes entre 1988 et 1992	61 bis
Mortalité par maladies de l'appareil respiratoire chez les hommes entre 1988 et 1992	62 bis
Mortalité par bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives chez les hommes entre 1988 et 1992	62 ter
Mortalité par suicide chez les hommes entre 1988 et 1992	64 bis
Mortalité par maladies de l'appareil digestif chez les hommes entre 1988 et 1992	65 bis
Mortalité attribuable à l' <i>Alcool</i> (cirrhoses et psychoses alcooliques) chez les hommes entre 1988 et 1992	66 bis
Mortalité par maladies endocriniennes chez les hommes entre 1988 et 1992	68 bis
Mortalité globale (toutes causes de décès confondues) chez les femmes entre 1988 et 1992	73 bis
Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire chez les femmes entre 1988 et 1992	74 bis

Mortalité par cardiopathies ischémiques chez les femmes entre 1988 et 1992	75 bis
Mortalité par maladies vasculaires-cérébrales chez les femmes entre 1988 et 1992	75 ter
Mortalité par tumeurs malignes chez les femmes entre 1988 et 1992	76 bis
Mortalité par tumeurs malignes du sein chez les femmes entre 1988 et 1992	77 bis
Mortalité par tumeurs malignes de l'intestin chez les femmes entre 1988 et 1992	77 ter
Mortalité par maladies de l'appareil respiratoire chez les femmes entre 1988 et 1992	81 bis
Mortalité par maladies de l'appareil digestif chez les femmes entre 1988 et 1992	82 bis
Mortalité attribuable à l' <i>Alcool</i> (cirrhoses et psychoses alcooliques) chez les femmes entre 1988 et 1992	83 bis
Les naissances prématurées	91 bis
Les naissances de petits poids	92 bis
Le suivi prénatal	92 ter
L'allaitement maternel en 1994	93 bis

Les grossesses précoces	93 ter
L'Allocation parent isolé en 1994	93 quarte
Les Bassins de recrutements des établissements implantés dans les secteurs sanitaires du Bassin houiller et de Lille	100 bis
Les aires d'attractions hospitalières en 1992 et les fuites de clientèles supérieures à 10 %	100 ter
Taux d'hospitalisation en 1992	101 bis
Le recours aux soins hospitaliers dans le Bassin houiller	101 ter
Les œuvres du régime minier	107 bis
Les structures de prise en charge des malades alcooliques dans le Bassin houiller	113 bis

Dans le Bassin houiller du Nord – Pas-de-Calais, l'activité minière a façonné les paysages et fixé des vagues successives de migrants.

L'empreinte de la mine se perçoit, aujourd'hui encore, dans l'habitat, les modes de vie, les relations sociales et l'organisation même des services publics locaux.

La conversion du Bassin houiller a été engagée, il y a plus de trente ans, par la fermeture progressive des huit puits et l'implantation de nouvelles activités.

Cette conversion a amorcé de profondes transformations. Pour les habitants, cela implique la recomposition du tissu social, des conditions de travail, des rythmes sociaux, des identités collectives, des rôles respectifs des hommes et des femmes tant dans la cellule familiale que dans l'espace local.

Dans ce contexte, qu'en est-il de l'état de santé de la population, mais aussi de son rapport à la santé ?

Qu'en est-il de l'héritage du passé sur les attitudes et sur le système de soins ?

Au-delà des stéréotypes et des préjugés, la présente étude explore systématiquement l'ampleur de ces changements.

[2e édition]

Observatoire régional de la santé du Nord - Pas-de-Calais



Maison régionale de promotion de la santé
13 rue Faidherbe, 59046 LILLE cédex
Téléphone : 03 20 15 49 20