

Pages de Profils



Le temps d'accès aux équipements de santé est plus faible dans la région qu'en moyenne nationale. Par ailleurs, le volume de recours par habitant est plus élevé, en lien avec des difficultés sanitaires et sociales plus présentes. Cette fréquentation soutenue des services de santé, ainsi que leur inégale répartition sur le territoire selon la spécialité considérée, s'accompagne de nombreux déplacements de patients, parfois amenés à fréquenter les équipements d'une agglomération voisine. Différents profils territoriaux émergent alors, traduisant une complémentarité entre les espaces de santé régionaux. Certaines zones, en particulier celle de Lille, répondent à l'essentiel de la demande de soins de leurs résidents tout en attirant de nombreux patients résidant sur d'autres territoires. D'autres, comme celles de Flandre-Lys ou de Béthune-Bruay, dépendent largement de l'offre de soins de zones voisines. Des zones de recours peuvent également être identifiées pour d'autres territoires de santé comme ceux de Valenciennes ou Lens.

Des temps d'accès aux équipements de santé réduits mais des besoins élevés

David Desrivierre

Service études et diffusion



INSEE NORD-PAS-DE-CALAIS - 130 AVENUE DU PRÉSIDENT J.F. KENNEDY - CS 70769
59034 LILLE CEDEX - ☎ 03 20 62 86 29 - 📠 03 20 62 86 00

L'égal accès à des soins de qualité, tant du point de vue financier que géographique, est un objectif majeur de la politique de santé. La loi HPST (Hôpital, patients, santé et territoires) du 21 juillet 2009 fait de l'amélioration de l'accès aux services et structures de santé sur l'ensemble du territoire régional un axe transversal du plan régional de santé mis en œuvre par l'Agence régionale de santé (ARS). L'accès aux soins est devenu un enjeu essentiel : les nombreux départs en retraite des médecins de proximité, pourraient conduire à des « déserts médicaux » sur leur territoire.

Le Schéma régional de l'organisation des soins (Sros) a pour ambition d'améliorer l'adéquation de l'offre de soins aux besoins de la population. Cette adéquation nécessite au préalable une connaissance des conditions régionales d'accès aux équipements de santé, détaillées tant du point de vue spatial que des spécialités envisagées [Encadré 1](#). De cette observation peut découler la constitution de profils territoriaux selon les degrés d'autonomie et d'attractivité des territoires.

Le champ de l'étude recouvre l'ensemble des établissements de santé, qu'ils soient de nature publique (les hôpitaux) ou privée (les cliniques), même si, par souci de simplicité, les termes d'établissement hospitalier et de spécialité hospitalière seront parfois utilisés pour désigner l'ensemble du champ. Surtout, ce dernier ne concerne qu'une partie de l'accès aux soins, celui-ci pouvant également relever des soins de ville. La structure globale de l'offre de soins varie alors considérablement d'une spécialité à l'autre : si l'accès aux soins de ville peut être ignoré dans le cadre d'une étude sur l'assistance médicale à la procréation ou la chirurgie cardiaque, ces spécialités étant dispensées uniquement en établissements de santé, ce n'est plus le cas pour des spécialités telles que l'ophtalmologie ou la dermatologie, également proposées dans le cadre des soins de ville.

DES TEMPS D'ACCÈS GÉOGRAPHIQUES AUX ÉQUIPEMENTS DE SANTÉ PARMIS LES PLUS FAIBLES DE FRANCE

Globalement, la moitié des résidents du Nord-Pas-de-Calais ayant fréquenté un établissement de santé en 2010 auraient mis moins de treize minutes s'ils s'étaient rendus au service le plus proche de leur domicile [Encadré 2](#). L'accessibilité théorique

aux équipements apparaît donc plutôt bonne dans la région : seules les régions d'Île-de-France et de Provence-Alpes-Côte d'Azur sont caractérisées par des temps plus faibles. La couverture territoriale semble par exemple moins favorable sur la région frontalière de Picardie, caractérisée par un temps médian théorique de dix-huit minutes.

Néanmoins, dans la réalité, les patients ne vont pas toujours au service le plus proche. Les patients peuvent être obligés de fréquenter des équipements de santé plus distants, la taille limitée de certains services pouvant engendrer des phénomènes de saturation dans les services les plus proches de leur domicile. Cela peut aussi reposer sur la complexité des soins mis en œuvre, qui nécessitent de s'éloigner davantage dans

le cadre d'une organisation graduée des soins. Enfin, cela peut relever d'un choix propre, reposant sur la meilleure réputation de certains services ou sur des raisons plus personnelles, telles que l'attachement à un équipement hospitalier déjà fréquenté par le passé.

Ainsi, en prenant en compte les flux réels des patients et la fréquentation effective des équipements hospitaliers, le temps d'accès géographique médian passe à dix-huit minutes. La région reste alors en bonne position, toujours troisième derrière les régions d'Île-de-France et de Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les temps d'accès sont notamment plus importants sur les régions au tissu urbain moins dense comme le Limousin ou la Franche-Comté.

TABLEAU 1 : VOLUME DE SÉJOURS POUR 10 000 HABITANTS ET TEMPS D'ACCÈS MÉDIAN EN 2010 SELON LES SPÉCIALITÉS

Unités : minutes, nombre

Spécialité	Nord-Pas-de-Calais		France entière	
	Temps d'accès médian	Volume de séjours pour 10 000 habitants	Temps d'accès médian	Volume de séjours pour 10 000 habitants
Chirurgie infantile	21,5	21	23,5	13
Pédiatrie médicale	19	196	22	164
Chirurgie viscérale	17	121	19,5	113
Hépatogastro-entérologie	16	137	19	123
Endoscopies digestives	17	191	17,5	205
Chirurgie orthopédique	19,5	266	22,5	242
Rhumatologie	21	46	22,5	47
Neurologie médicale	19,5	103	21,5	86
Cardiologie	18,5	190	22,5	168
Chirurgie vasculaire	25	14	29,5	13
Chirurgie thoracique	24,5	7	29	7
Pneumologie	18	123	18,5	101
ORL	18	114	21	88
Stomatologie	17	61	20,5	52
Ophtalmologie	21	117	23,5	135
Gynécologie	20,5	81	23	81
IVG	15,5	25	15,5	29
Urologie	18	78	21,5	88
Néphrologie médicale	18	69	21	57
Hématologie	18	34	22	39
Endocrinologie	17	62	20,5	49
Dermatologie	21	31	22	25
Assistance médicale à la procréation	60	1	32,5	2
Chirurgie cardiaque	30	17	33	18
Grands brûlés	46,5	0	54,5	0
Neurochirurgie	23	37	32	34
Maternités	15,5	139	17	127
Ensemble des spécialités	18	2 278	21	2 105

Note de lecture : les patients résidant en Nord-Pas-de-Calais ont cumulé un volume de séjours de 196 pour 10 000 habitants en pédiatrie médicale en 2010 et la moitié d'entre eux a mis moins de dix-neuf minutes pour accéder à un service de cette spécialité.

Source : Programme de médicalisation des systèmes d'information Médecine chirurgie obstétrique (PMSI MCO) 2010,

Cependant, le faible temps régional d'accès aux équipements masque des différences importantes à deux niveaux : entre les spécialités hospitalières d'une part et entre les différents espaces régionaux d'autre part. De même, le temps d'accès géographique aux équipements ne représente qu'une partie de la problématique de l'accès aux soins : il faudrait également tenir compte des éventuels phénomènes de saturation à l'intérieur des structures hospitalières (les délais d'obtention d'un rendez-vous ne sont ainsi pas pris en compte).

L'OPHTALMOLOGIE : 117 SÉJOURS POUR 10 000 HABITANTS POUR UN TEMPS D'ACCÈS GÉOGRAPHIQUE MÉDIAN DE 21 MINUTES

Ce temps d'accès médian de 18 minutes toutes spécialités confondues masque des écarts considérables entre spécialités : par exemple 16 minutes pour l'hépatogastro-entérologie contre près de 47 minutes pour les soins aux grands brûlés [► Tableau 1](#). Ces écarts, cohérents par rapport au type de sur-spécialités, reposent avant tout sur la couverture territoriale différenciée selon les spécialités : certaines sont très peu représentées (ou concentrées sur un centre régional) alors que le nombre de services est nettement plus élevé pour d'autres. Cependant, hormis l'assistance médicale à la procréation et les soins aux grands brûlés, le temps d'accès médian reste inférieur à 30 minutes pour les autres spécialités, avec une bonne partie comprise entre 17 et 20 minutes.

Ces temps d'accès sont à mettre en parallèle avec le volume de séjours correspondant, qui dépend des besoins de soins de la population. En 2010, les patients résidant en Nord-Pas-de-Calais ont cumulé un total de 920 000 séjours en établissement hospitalier, que ce soit dans la région ou en dehors. Ce volume diffère largement d'une spécialité à l'autre [► Tableau 1](#). Rapporté à la population, il varie de moins d'un séjour pour 10 000 habitants pour la spécialité « grands brûlés » à 266 séjours pour 10 000 habitants pour la chirurgie orthopédique.

Plus globalement, quatre spécialités concernent chacune plus de 8 % du nombre global de séjours pour les patients de la région : chirurgie orthopédique, pédiatrie médicale, endoscopies

TABLEAU 2 : VOLUME DE SÉJOURS POUR 10 000 HABITANTS ET TEMPS D'ACCÈS MÉDIAN EN 2010 PAR TERRITOIRE

Unités : minutes, nombre

Territoire	Ensemble des spécialités		Ophtalmologie	
	Temps d'accès effectif médian	Volume de séjours pour 10 000 habitants	Temps d'accès effectif médian	Volume de séjours pour 10 000 habitants
Nord-Pas-de-Calais	18	2 278	21	117
Artois-Douais	22	2 355	25	121
Hainaut-Cambrésis	17	2 394	23	126
Littoral	16,5	2 181	17	112
Métropole Flandre intérieure	16,5	2 214	18,5	110

Note de lecture : les patients résidant dans l'Artois-Ternois ont cumulé un volume de séjours de 121 séjours pour 10 000 habitants en ophtalmologie en 2010 et la moitié d'entre-eux a mis moins de vingt-cinq minutes pour accéder à un service de cette spécialité.

Source : PMSI MCO 2010 (Insee ; Drees)

digestives et cardiologie. À l'inverse, six spécialités représentent moins de 1 % du volume global : grands brûlés, assistance médicale à la procréation, chirurgie thoracique, chirurgie vasculaire, chirurgie cardiaque et chirurgie infantile.

Les volumes de séjours rapportés au nombre d'habitants apparaissent plus importants en Nord-Pas-de-Calais qu'en moyenne nationale, avec, toutes spécialités confondues, 2 278 séjours contre 2 105 séjours pour 10 000 habitants. C'est particulièrement le cas pour certaines spécialités : neurologie, cardiologie, pneumologie, ORL... Quelques spécialités présentent toutefois le constat inverse, à l'instar de l'ophtalmologie.

Le Nord-Pas-de-Calais est donc caractérisé par un temps d'accès médian plus faible aux équipements ainsi que par un volume de séjours par habitant plus élevé qu'en moyenne nationale. Ce volume plus important résulte notamment d'un contexte sanitaire et social dégradé augmentant le recours aux soins [► Pour en savoir plus](#) mais peut également reposer sur un effet induit de l'offre, celle-ci générant en partie sa propre demande.

Cette plus forte intensité de la fréquentation des équipements est susceptible de générer des phénomènes d'engorgement et de files d'attente à l'intérieur même des structures hospitalières. Dès lors, le temps d'accès géographique ne constitue qu'une facette de la question de l'organisation sanitaire [► Pour en savoir plus](#).

DES TEMPS D'ACCÈS ET DES RECOURS PLUS ÉLEVÉS DE L'ARTOIS-DOUAIS AU HAINAUT-CAMBRÉSIS

En raison de la couverture non uniforme du territoire en équipements de santé et du choix propre des patients, le temps d'accès géographique varie selon la zone de résidence des patients. Plus le niveau géographique retenu est fin, plus les écarts territoriaux sont potentiellement élevés. À l'échelle des territoires de santé, le temps d'accès médian varie de 16,5 minutes pour la métropole Flandre intérieure et le Littoral à 22 minutes pour l'Artois-Douais. Ces différences d'accessibilité sont susceptibles d'être plus prégnantes encore pour certaines spécialités. Ainsi, pour l'ophtalmologie, la moitié des patients résidant dans la région a mis moins de 21 minutes pour accéder aux services concernés : ce temps médian s'élève à 25 minutes pour l'Artois-Douais, soit huit minutes de plus que pour le Littoral [► Tableau 2](#).

Que ce soit pour l'ensemble des spécialités ou pour la seule ophtalmologie, l'Artois-Douais et le Hainaut-Cambrésis sont caractérisés à la fois par des temps médians d'accès plus élevés et par des volumes de recours par habitant plus importants [► Tableau 2](#). La demande de soins en établissement de santé est donc plus forte sur ces deux territoires en dépit d'un temps d'accès supérieur. Ce phénomène est peut-être lié à un contexte sanitaire et social davantage dégradé, associé à des parcours médicaux plus erratiques et à des recours plus tardifs et donc potentiellement plus importants. Le Nord-Pas-de-Calais présente en outre la

plus faible densité de médecins spécialistes libéraux par habitant de France : cela peut également expliquer ces recours tardifs et importants.

Les aspects géographiques sont donc essentiels, à la fois en termes de localisation des patients et des équipements hospitaliers. Il existe en effet des flux de patients entre territoires : d'une part parce que la spécialité en question n'est pas forcément disponible sur leur zone de résidence, d'autre part parce que, en raison des phénomènes de saturation et de réputation, les patients ne vont pas toujours au plus proche. Deux types d'approches peuvent alors être explorées : quelle est la capacité des services de santé à répondre à la demande émanant de leur territoire ? Dans quelle mesure ces services attirent-ils des patients résidant sur d'autres territoires ?

UNE RÉGION FONCTIONNANT D'AVANTAGE EN VASE CLOS QUE LES AUTRES RÉGIONS MÉTROPOLITAINES

Toutes spécialités confondues, les patients du Nord-Pas-de-Calais ont cumulé un total de 920 000 séjours en établissement de santé en 2010, que ce soit à l'intérieur ou en dehors de la région. D'un autre côté, les établissements hospitaliers de la région ont quant à eux enregistré un peu plus de 924 000 séjours sur la même année, quelle que soit l'origine géographique des patients. Sur cette base, il s'agit de répondre à deux questions essentielles : où se font soigner les patients qui résident sur un territoire donné ? Et, parallèlement, où résident les patients soignés dans les établissements hospitaliers de ce territoire ?

La première question permet de qualifier l'importance de l'autonomie (relative aux patients qui se font soigner sur leur propre zone de résidence) et des sorties (relative aux résidents se faisant soigner hors de leur territoire de résidence). La seconde permet d'appréhender la répartition de l'activité des établissements de santé entre activité locale (au profit des patients résidant sur la zone considérée) et activité extérieure (au profit des patients résidant hors de la zone considérée).

Près de 98 % des séjours réalisés par les habitants du Nord-Pas-de-Calais en 2010 l'ont été dans un établissement de santé

Tableau 3 : DEGRÉS D'AUTONOMIE ET D'OUVERTURE DES TERRITOIRES RÉGIONAUX

Unité : %

Territoire	Séjours réalisés par les résidents		Séjours enregistrés par les établissements	
	Part d'autonomie	Part de sortie	Part d'activité locale	Part d'activité extérieure
Nord-Pas-de-Calais	98,2	1,8	97,8	2,2
Artois-Douais	77,6	22,4	91,8	8,2
Hainaut-Cambrésis	85,0	15,0	90,1	9,9
Littoral	85,9	14,1	91,2	8,8
Métropole Flandre intérieure	95,0	5,0	77,3	22,7

Note de lecture : 1,8 % des séjours réalisés par les patients de la région ont été effectués hors de la région. 2,2 % de l'activité hospitalière régionale a concerné des patients résidants hors de la région.

Source : PMSI MCO 2010 (Insee ; Drees).

de la région [Tableau 3](#). Cette autonomie est la plus élevée à l'échelle des régions métropolitaines. La quasi-totalité des patients résidant dans la région a donc été soignée sur place. Moins de 2 % des séjours a eu lieu à l'extérieur, principalement en Picardie, en raison de sa proximité géographique, et en Île-de-France.

D'un autre côté, 98 % des séjours enregistrés par les établissements de santé régionaux concernent des résidents du Nord-Pas-de-Calais : cette part d'activité locale est également la plus importante au niveau national. À peine 2 % des séjours sont donc le fait de patients résidant à l'extérieur de la région, avec les deux mêmes régions d'échange privilégiées : Picardie et Île-de-France.

Autonomie élevée et activité extérieure faible : le Nord-Pas-de-Calais fonctionne donc davantage en vase clos par rapport aux autres régions métropolitaines, ce qui peut en partie s'expliquer par sa position géographique : région frontalière présentant une façade maritime. En outre, les régions limitrophes sont plutôt rurales et il n'existe aucun grand pôle à proximité immédiate du Nord-Pas-de-Calais.

Ce système plus ou moins fermé masque cependant des flux non négligeables entre les espaces régionaux. Les écarts sont particulièrement prégnants à l'échelle des territoires de santé [Tableau 3](#). 22,4 % des patients résidant en Artois-Douais ont fréquenté un établissement hospitalier localisé hors de ce territoire de santé contre seulement 5 % pour la Métropole-Flandre intérieure. De même, la part d'activité extérieure varie de 8,2 % pour l'Artois-Douais à 22,7 % pour la Métropole Flandre intérieure.

LES PROFILS DES ZONES DE PROXIMITÉ : ENTRE AUTONOMIE ET OUVERTURE

À l'échelle des quinze zones de proximité régionales [Encadré 3](#), sept profils peuvent être identifiés selon les degrés d'autonomie et d'ouverture [Graphique 1, Carte 1](#).

1^{er} profil : autonomie et ouverture très élevées

La zone de proximité de Lille présente un profil spécifique que l'on peut qualifier de « flux entrants ». Elle associe l'autonomie la plus élevée (88 % des patients résidants étant soignés sur place) et l'ouverture la plus importante (près de la moitié des patients soignés sur ce territoire réside à l'extérieur). Il s'agit donc à la fois d'une zone autonome et attractive. Les patients venus fréquenter un établissement hospitalier sur ce territoire proviennent de la plupart des zones régionales, mais surtout de celle de Roubaix-Tourcoing et, dans une moindre mesure, de celles de Flandre intérieure et de Lens-Hénin. L'activité hospitalière de la zone lilloise répond donc à sa propre demande mais aussi à celle des autres territoires régionaux, en particulier les plus proches. On retrouve ainsi, transposée au domaine de la santé, la position centrale de la métropole lilloise.

2^e profil : autonomie élevée et ouverture très faible

La zone de proximité du Dunkerquois est également caractérisée par un profil particulier, qualifié d'« autocentré » : l'autonomie y est assez élevée, 81 % des patients de ce territoire sont soignés sur place ; par contre,

l'ouverture est la plus faible puisqu'à peine 7 % des patients soignés sur ce territoire résident à l'extérieur. Il s'agit donc de la zone de proximité la moins attractive de la région, qui fonctionne davantage en vase clos que les autres. Ce résultat peut en partie s'expliquer par la position géographique de la zone dunkerquoise, territoire frontalier disposant en outre d'une façade maritime (ces deux facteurs limitant les possibilités d'échange avec les autres zones de proximité).

3^e profil : autonomie élevée et ouverture moyenne

Il rassemble les zones de proximité du Boulonnais et du Valenciennois. Si ces territoires apparaissent, comme les précédents, relativement autonomes, ils sont caractérisés par une ouverture intermédiaire par rapport aux territoires de Lille et du Dunkerquois. Les sorties de patients demeurent donc limitées et l'attractivité peut être qualifiée de moyenne au regard des autres zones régionales. Les sorties de patients se font surtout à destination des établissements hospitaliers de l'espace lillois. Par contre, les arrivées de patients de l'extérieur diffèrent pour ces deux territoires et concernent principalement les zones

de proximité contiguës : Montreuillois, Calaisis, Audomarois pour le Boulonnais et Sambre-Avesnois, Douaisis et Cambrésis pour le Valenciennois.

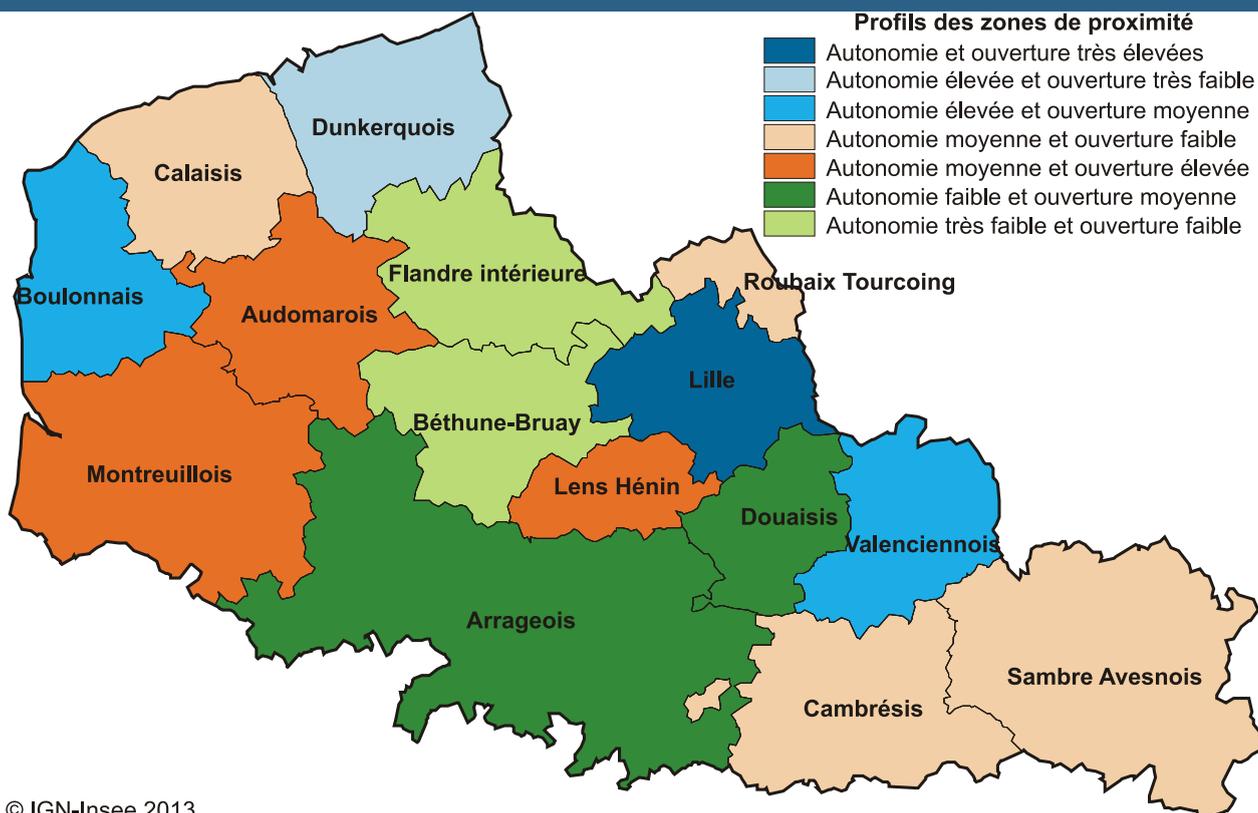
4^e profil : autonomie moyenne et ouverture faible

Il concerne les zones de proximité du Calaisis, de Roubaix-Tourcoing, du Cambrésis et de Sambre Avesnois. Ces territoires se situent dans la moyenne du point de vue de l'autonomie avec près de 70 % des patients résidants soignés sur place. Si la zone lilloise polarise encore une large part des sorties, celle de Valenciennes constitue une zone privilégiée pour les patients du Cambrésis et de Sambre-Avesnois. Du point de vue de l'ouverture, ces zones apparaissent assez peu attractives avec de 11 % à 18 % de patients résidant à l'extérieur. Comme précédemment, ces arrivées de patients se font surtout en provenance des zones contiguës, par exemple le Boulonnais et le Dunkerquois pour la zone du Calaisis. Pour le territoire de Sambre-Avesnois, 11 % des patients qui y sont soignés résident en dehors de la région, essentiellement en Picardie et en Champagne-Ardenne.

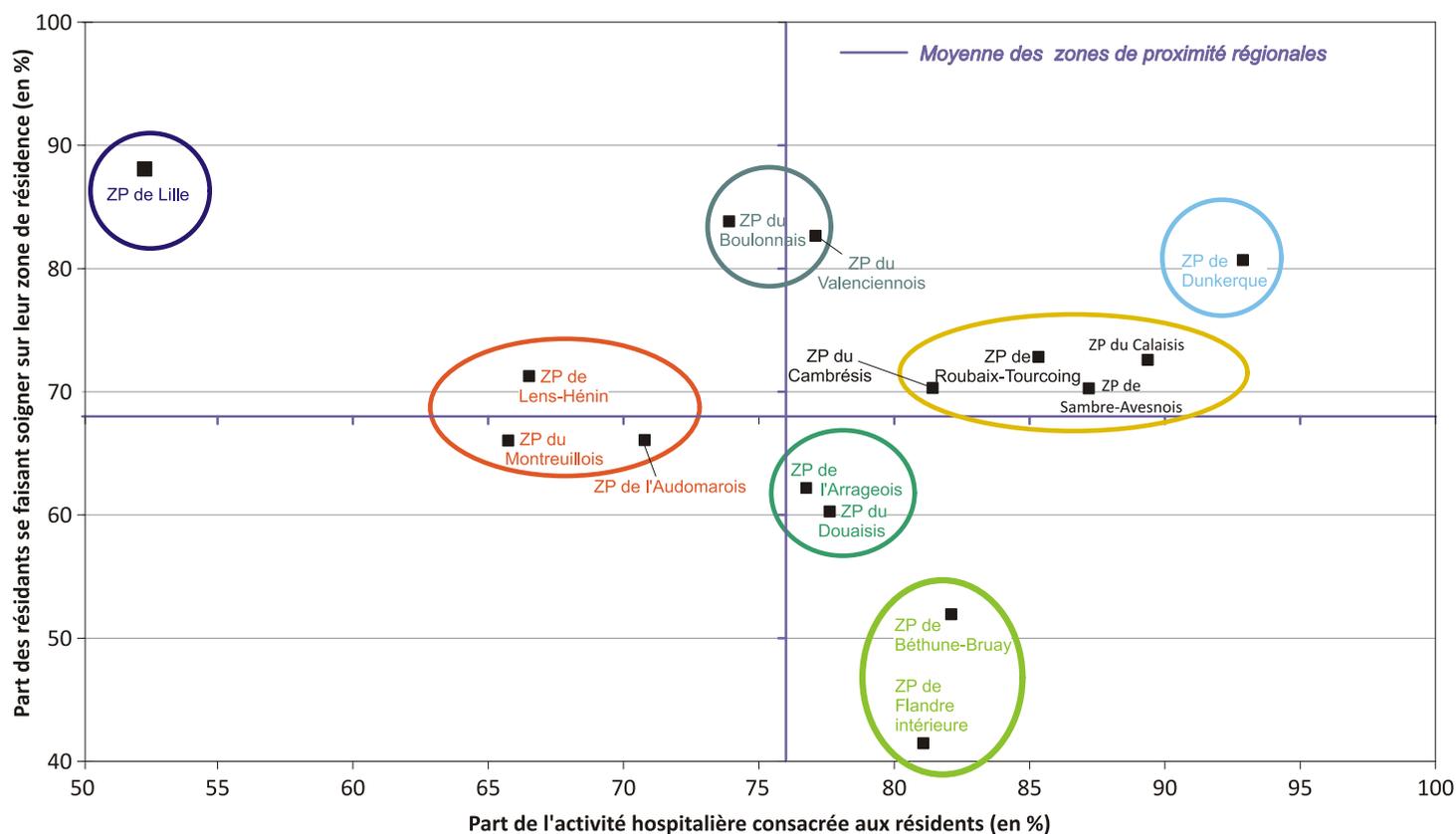
5^e profil : autonomie moyenne et ouverture élevée

Si les zones de proximité du cinquième groupe (celles du Montreuillois, de l'Audomarois et de Lens-Hénin) présentent une autonomie assez proche de celle du profil précédent (30 % à 35 % des patients résidants sont soignés à l'extérieur), elles sont caractérisées par une ouverture nettement plus élevée : près de 30 % des patients soignés sur ces zones résident hors du territoire. Ainsi, une proportion non négligeable de patients quitte ces territoires pour se faire soigner mais, parallèlement, les établissements hospitaliers de ces zones attirent une large patientèle extérieure. Les sorties de patients concernent surtout la zone de proximité de Lille, de même que certaines zones géographiquement proches (celle de l'Arrageois pour Lens-Hénin et celle du Boulonnais pour le Montreuillois et l'Audomarois). Du point de vue des arrivées de patients, la zone de proximité de l'Audomarois reçoit des patients de Béthune-Bruay et de Flandre intérieure quand celle de Lens-Hénin en reçoit de Béthune-Bruay et de l'Arrageois. Enfin, 15,6 % des patients soignés dans le Montreuillois résident en dehors de la région, principalement en Picardie.

Carte 1 : PROFILS DES ZONES DE PROXIMITÉ DE LA RÉGION EN 2010 POUR L'ENSEMBLE DES SPÉCIALITÉS

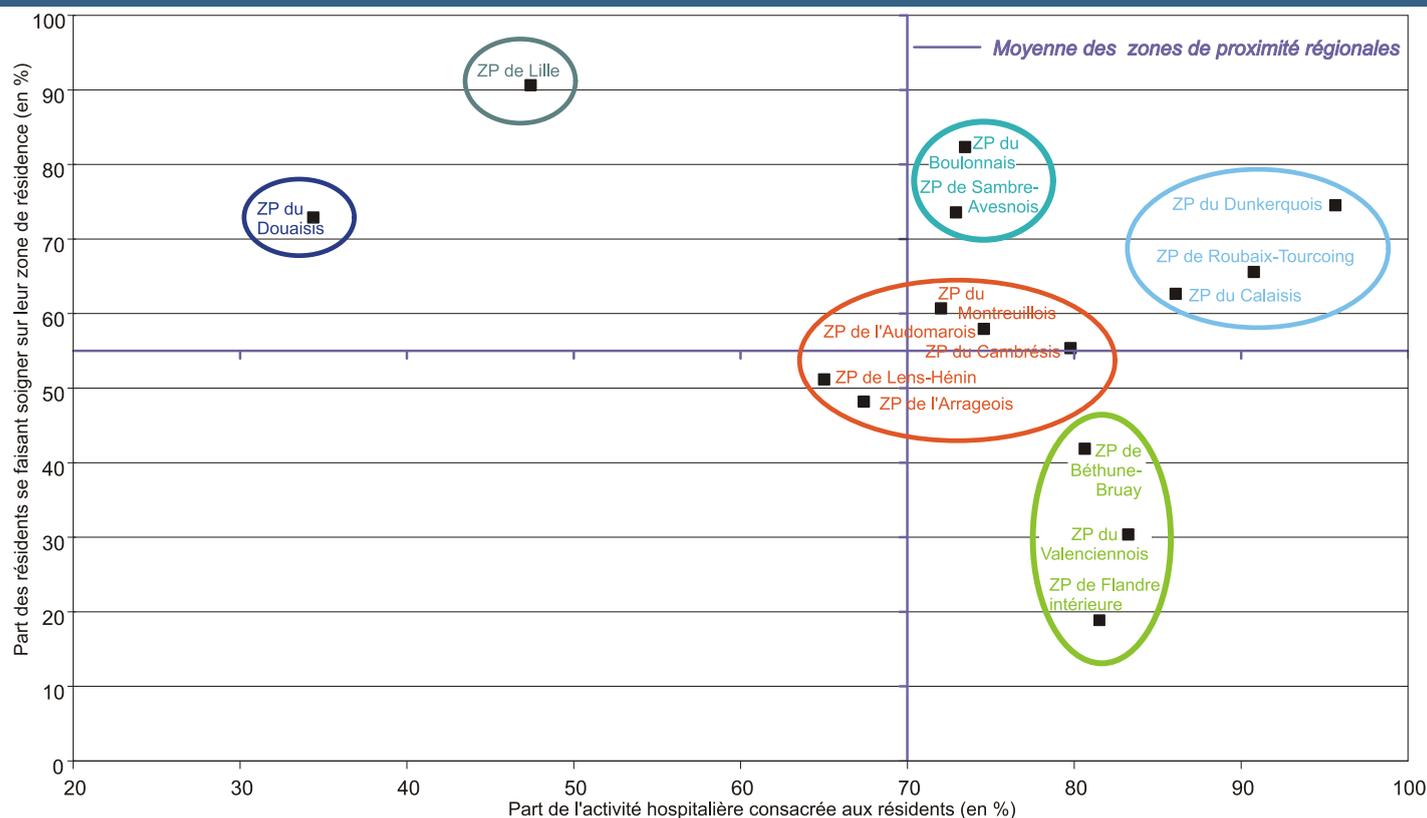


Graphique 1 : PATIENTS SOIGNÉS SUR LEUR ZONE DE RÉSIDENCE ET ACTIVITÉ LOCALE DES ÉTABLISSEMENTS



Note de lecture : l'autonomie est mesurée par la proportion de patients résidant hospitalisés sur leur territoire, l'ouverture est mesurée par le pourcentage de l'activité des hôpitaux consacrée à des résidents hors territoire.
Source : PMSI MCO 2010 (Insee ; Drees).

Graphique 2 : PATIENTS SOIGNÉS SUR LEUR ZONE DE RÉSIDENCE ET ACTIVITÉ LOCALE DES ÉTABLISSEMENTS DANS LE CAS DE L'OPHTALMOLOGIE



Note de lecture : 73 % des patients résidant sur la zone de proximité du Douaisis sont soignés sur ce territoire pour la spécialité ophtalmologie tandis que 34 % de l'activité en ophtalmologie des établissements hospitaliers de cette zone est consacrée à des patients résidant sur ce territoire.

Source : PMSI MCO 2010 (Insee ; Drees).

6^e profil : autonomie faible et ouverture moyenne

L'avant-dernier groupe caractérise des territoires peu autonomes et à l'attractivité moyenne : les zones de proximité de l'Arrageois et du Douaisis. Faible autonomie car près de 40 % des patients résidant sur ces zones sont soignés à l'extérieur, surtout sur les zones de proximité de Lille et de Lens-Hénin. De plus, 6 % des patients qui résident sur la zone de proximité de l'Arrageois ont fréquenté un établissement hospitalier localisé en dehors de la région. Le degré d'ouverture est moyen au regard des autres zones régionales : environ 23 % des patients soignés résident à l'extérieur. Pour la zone de proximité de l'Arrageois, ils proviennent surtout de la zone de Lens-Hénin tandis que pour celle du Douaisis, ils viennent en priorité des zones de l'Arrageois et du Valenciennois.

7^e profil : autonomie très faible et ouverture faible

Enfin, pour les zones de proximité de Flandre intérieure et de Béthune-Bruay, le profil peut être qualifié de « flux sortants » : près de la moitié des patients résidants vont se faire soigner hors du territoire et moins de 20 % des patients soignés sur ces zones proviennent de l'extérieur. Il s'agit donc de zones de proximité qui interagissent largement avec l'extérieur pour les soins hospitaliers de leurs habitants (de manière plus prégnante encore pour Flandre intérieure) mais qui, en revanche, se révèlent nettement moins attractives que les autres zones de proximité. Pour la Flandre intérieure, les flux sortants se font essentiellement à destination de Lille : 43,4 % des patients résidant sur cette zone de proximité vont se faire soigner sur celle de Lille, soit une proportion plus importante que ceux qui se font soigner sur Flandre intérieure même, 41,5 %. Pour la zone de Béthune-Bruay, les flux sortants concernent surtout les zones de Lens-Hénin et de Lille quand les flux entrants proviennent de celles de Lens-Hénin et de Flandre intérieure.

AUTONOMIE ET OUVERTURE DANS LE CAS DE L'OPHTALMOLOGIE

Les profils territoriaux précédents ont été définis en prenant en compte l'ensemble des spécialités. Or, ceux-ci sont susceptibles de masquer des logiques spatiales assez différentes d'une spécialité à l'autre, en raison notamment d'une couverture territoriale différenciée et de l'importance relative de l'offre en soins de ville associée. À cette fin, la même analyse est réalisée sur la seule ophtalmologie. Cette spécialité présente un double enjeu : le volume de séjours par habitant est loin d'être négligeable et il existe une offre importante dans le cadre des soins de ville [► Encadré 4](#).

Dans le cas de l'ophtalmologie, deux zones de proximité semblent polariser une bonne partie de l'activité des établissements de santé de la région [► Graphique 2](#) et peuvent être qualifiés de zones à « flux entrants » : celles de Lille et du Douaisis. Toutes deux sont caractérisées par une part d'autonomie élevée, notamment la zone de proximité de Lille, et par une proportion d'activité locale nettement plus faible que les autres, en particulier la zone de proximité du Douaisis. Ainsi, un tiers des séjours enregistrés en ophtalmologie sur cette dernière concerne des patients résidant sur celle de Valenciennes. Leur attractivité s'explique principalement par celle du CHRU de Lille et de l'institut ophtalmologique de Somain.

À l'opposé, d'autres territoires sont à « flux sortants », leur taux d'autonomie étant particulièrement faible : les zones de proximité de Béthune-Bruay, de Valenciennes et de Flandre intérieure. Moins de 40 % des patients de ces territoires sont soignés sur place. Les autres zones de proximité sont plus ou moins dans la moyenne régionale. Celles du Boulonnais, de Sambre-Avesnois et de Dunkerque ont une autonomie proche des zones de Lille et du Douaisis tandis que celles de Dunkerque, de Roubaix-Tourcoing et du Calais attirent très peu de patients de l'extérieur.

Une observation fine de l'offre de soins régionale nécessite la prise en compte d'un ensemble de facteurs (temps d'accès, phénomène d'engorgement, degrés d'autonomie et d'ouverture, démographie médicale, profil de marché des territoires, libre choix des patients, parcours de soins...), d'autant que ces éléments sont

susceptibles de varier d'une spécialité à l'autre ou entre les zones de proximité régionales. Les territoires étant largement connectés les uns aux autres, les caractéristiques des zones voisines vont à ce titre jouer un grand rôle. Ainsi, l'accès aux soins en Flandre intérieure peut apparaître comme satisfaisant, en dépit d'une autonomie très faible, du fait de la proximité de la zone lilloise. La situation paraît plus délicate pour la Sambre-Avesnois, plus éloignée des grands centres de soins régionaux. D'autant que plus au sud, vers la Picardie et la Champagne-Ardenne, les espaces de la Thiérache n'offrent pas non plus de grands équipements hospitaliers facilement accessibles.

Encadré 1 : LE PMSI ET LES SPÉCIALITÉS HOSPITALIÈRES

Les données concernant les soins hospitaliers sont issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Le PMSI MCO (Médecine, chirurgie et obstétrique) recueille pour chaque séjour des informations sur les caractéristiques des patients (sexe, âge, lieu de résidence), sur les diagnostics et sur les actes réalisés pendant le séjour. Lors de la sortie d'un patient d'un établissement de court séjour, un compte rendu de son hospitalisation est produit. Les informations fournies dans celui-ci déterminent le classement de chaque séjour hospitalier dans un Groupe homogène de malades (GHM). Ce classement présente une double homogénéité en termes de caractéristiques médicales d'une part et de durée de séjour d'autre part. Cependant, l'étude proposée traite uniquement des séjours à l'hôpital et non des consultations. Les consultations privées ayant lieu à l'hôpital sont prises en compte dans l'analyse des soins de ville.

Vingt-neuf spécialités ont été retenues : chirurgie infantile, pédiatrie médicale, chirurgie viscérale, hépato-gastro-entérologie, endoscopies digestives, chirurgie orthopédique, rhumatologie, neurologie médicale, cardiologie, chirurgie vasculaire, chirurgie thoracique, pneumologie, ORL, stomatologie, ophtalmologie, gynécologie, IVG, urologie, néphrologie médicale, hématologie, endocrinologie, dermatologie, assistance médicale à la procréation, grands brûlés, neurochirurgie, chirurgie cardiaque, maternités de niveaux 1, 2 et 3.

Encadré 2 : LE CALCUL DES TEMPS DE TRAJET AUX ÉQUIPEMENTS HOSPITALIERS

Les temps de trajet sont estimés grâce au logiciel Odomatrix qui permet le calcul de distances entre communes. Ces distances sont ensuite converties en temps en appliquant une vitesse moyenne selon le type de route. Les patients et établissements de santé sont localisés au centre-ville de leur commune et non à l'adresse exacte. Les patients qui se font soigner dans leur commune de résidence se voient ainsi affecter un temps de trajet nul. Pour comparer ensuite les différentes spécialités ou les différentes communes, on calcule des temps de trajet médians : la moitié des personnes ont un temps de trajet inférieur et l'autre moitié un temps supérieur. Pour raisonner toutes spécialités confondues, on calcule la moyenne des temps médians de chaque spécialité pondérée par les flux de patients associés. Le fait de calculer des temps médians plutôt que des temps moyens permet d'éviter certaines difficultés comme l'effet villégiature : une personne résidant en Nord-Pas-de-Calais se fait soigner dans un établissement hospitalier de Midi-Pyrénées lorsqu'il est dans sa résidence secondaire.

Il est en outre possible d'exprimer les temps de trajet pour des échelles agrégées : région, département, territoire de santé... Il s'agit alors de calculer la médiane des temps communaux pondérée par les flux de patients associés. À ce stade, une certaine sous-estimation des temps de trajet est susceptible d'affecter l'analyse, en particulier pour des zones agrégées de taille restreinte. Considérons une spécialité hospitalière donnée et une zone composée de cinq communes dont une seule est équipée de la spécialité envisagée. Il suffit alors qu'au moins 50 % des patients de la zone résident sur cette commune équipée (pour lesquels le temps de trajet est donc nul) pour que la médiane pondérée soit elle-aussi nulle. Ce problème est néanmoins beaucoup moins prégnant dès que l'on raisonne sur des territoires plus larges.

Encadré 3 : LES ZONAGES D'INTERVENTION DE L'ARS

La loi HPST dispose que " l'Agence régionale de santé (ARS) définit des territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours " (art. L.1434-16 du code de la Santé publique). Ces territoires de santé s'inscrivent naturellement dans la déclinaison du projet régional de santé (art. L.1434-1 et L.1434-2). L'ARS Nord-Pas-de-Calais distingue quatre niveaux de territoires. Le premier est celui de la région et de la gestion interdépartementale. Le second est celui des territoires de santé. La région est composée de quatre territoires de santé : l'Artois-Douaisis, le Hainaut-Cambrésis, le Littoral et la Métropole Flandre intérieure. Ces territoires de santé servent de cadrage pour la définition des organisations et activités sanitaires existantes, des besoins de santé de la population et des réponses à y apporter dans le cadre de la politique régionale de santé. Ils constituent donc l'unité première du découpage territorial dans le champ de la santé. Le troisième est celui des zones de proximité. La région regroupe quinze zones de proximité : Arrageois, Béthune - Bruay, Douaisis et Lens - Hénin (inclus dans le territoire de santé de l'Artois-Douaisis) ; Cambrésis, Sambre-Avesnois et Valenciennois (inclus dans le territoire de santé du Hainaut-Cambrésis) ; Audomarois, Boulonnais, Calais, Dunkerquois et Montreuillois (inclus dans le territoire de santé du Littoral) ; Flandre intérieure, Lille et Roubaix - Tourcoing (inclus dans le territoire de santé de la Métropole Flandre intérieure). Le quatrième est celui des espaces de projets et d'initiative. Cet espace n'est pas défini a priori pour permettre à tout projet de trouver son territoire de mise en œuvre.

Encadré 4 : L'ACCESSIBILITÉ À L'OPHTALMOLOGIE DANS LE CADRE DES SOINS DE VILLE

L'ophtalmologie est un exemple de spécialité médicale à la fois présente en milieu hospitalier et à travers la médecine de ville. L'accès à des services d'ophtalmologie peut ainsi s'organiser de façon complémentaire ou coordonnée entre les équipements hospitaliers et les cabinets de ville. Ces derniers présentent un temps d'accès inférieur à celui des services hospitaliers d'ophtalmologie : 16 minutes en temps médian contre 21 minutes.

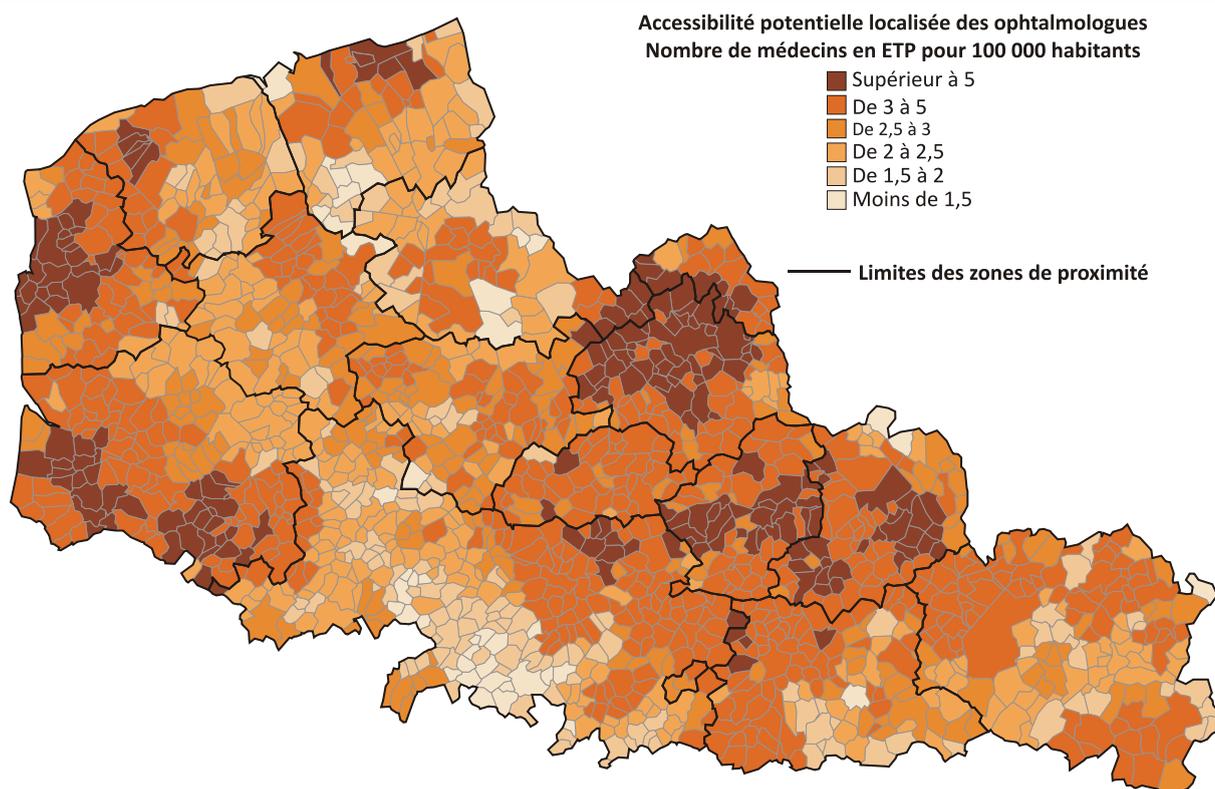
Ce temps d'accès théorique ne prend toutefois pas en compte la disponibilité des ophtalmologues présents et les effets d'attente liés à la prise de rendez-vous – une caractéristique très importante dans cette spécialité où la prise de rendez-vous se fait plusieurs mois en avance. De fait, au-delà des temps d'accès géographiques, l'ophtalmologie est une spécialité présentant des délais d'accès effectifs particulièrement importants.

Si ce dernier point ne peut être mesuré en l'état des statistiques disponibles, des indicateurs permettent de compléter la notion de temps d'accès géographique en la confrontant aux besoins de la population et à la disponibilité en ophtalmologues. L'indicateur d'Accessibilité potentielle localisée (APL, [Carte 2](#)) prend en compte la structure par âge de la population (qui module les besoins en ophtalmologie), les besoins de soins moyen de la population française et le nombre d'ophtalmologues présents sur un territoire donné (rapporté à la population résidente). Il tient également compte du niveau d'activité des ophtalmologues grâce à l'utilisation d'Equivalent temps plein (ETP). Enfin, il considère que l'accessibilité d'un médecin (et parallèlement la zone de patientèle des médecins) est dégressive selon la distance. Ainsi, un ophtalmologue situé à moins de quinze minutes est totalement disponible, puis cette accessibilité diminue lorsque la distance augmente. Un ophtalmologue est considéré comme non accessible s'il est situé à plus de 45 minutes.

Tout en constituant une avancée, l'indicateur de l'APL ne saurait apprécier la qualité réelle de l'accès aux soins en ophtalmologie. Cette dernière reste un enjeu dans la région, au regard de l'importance des besoins et des délais calendaires de prise de rendez-vous. Si cet indicateur permet de mieux appréhender les différences territoriales et de détecter des zones potentiellement fragiles au regard de la couverture médicale, il doit être analysé avec précaution. L'activité des médecins et les besoins de la population du Nord-Pas-de-Calais étant tout deux parmi les plus élevés de France, cet indicateur composite peut comporter un biais et ne pas laisser apparaître des situations de tensions de l'offre de soin locale.

Les communes du Nord Pas de Calais comptent en moyenne 3,3 ophtalmologues accessibles (en ETP) pour 100 000 habitants, comme dans les communes de France métropolitaine. Dans une région plus urbaine que la moyenne nationale, ce résultat confirme un relatif déficit de professionnels de santé dans cette spécialité. En outre, des disparités importantes apparaissent, notamment entre les espaces ruraux et urbains de la région. Alors que Lille accueille un nombre important d'ophtalmologues selon l'indicateur de l'APL (4,9 pour 100 000 habitants), dans l'Arrageois ou la Sambre-Avesnois, territoires plutôt ruraux, cette proportion passe respectivement à 2,7 et 3 ophtalmologues (3,3 dans la région). Dans certains territoires urbains, l'accessibilité est également relativement faible : le Dunkerquois compte 2,6 ophtalmologues accessibles pour 100 000 habitants. Cette APL ne tient cependant pas compte des flux de patients vers la Belgique et tend peut-être ainsi à sous-estimer le nombre d'ophtalmologues disponibles. Ces plus faibles taux de présence peuvent avoir des conséquences sur le recours aux soins des habitants des territoires. Ainsi, dans l'Arrageois ou la Sambre-Avesnois, le nombre de consultations chez l'ophtalmologue par habitant est plus élevé qu'en moyenne régionale, sans doute du fait d'un recours aux soins plus tardif et donc plus coûteux. Cet écart peut aussi être en partie lié à une plus forte proportion de personnes âgées, davantage consommatrices de soins, sur ces espaces du Sud de la région.

Carte : ACCESSIBILITÉ POTENTIELLE LOCALISÉE DES OPHTALMOLOGUES



Source : PMSI MCO 2010 (Insee ; Drees).

Pour en savoir plus

- **Malaizé V., Desrivierre D.**, « Les disparités territoriales de dépenses de santé dans le Nord-Pas-de-Calais au regard des facteurs démographiques, sanitaires et sociaux », *Pages de Profils*, n° 105, juin 2012.
- « Enquête auprès des Français et des professionnels de santé », L'Observatoire de l'accès aux soins, n° 19743, octobre 2011.
- « Démographie des professionnels de santé - État des lieux », Agence régionale de santé Nord-Pas-de-Calais, 2012.
- « Atlas régional et territorial de santé 2011, Agence régionale de santé Nord-Pas-de-Calais

Suivi partenarial

Agence régionale de santé (ARS)

Marqué Gwen

Fernagut Dominique
Frère Stéphanie
Verloop David

Insee

Degorre Arnaud

Becuwe Betty
Desrivierre David