

Moniteur 2001
des Programmes Régionaux de Santé Nord – Pas-de-Calais

Ce document a été réalisé

par l'Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais.



A la demande

du Comité Régional des Politiques de Santé.

Le Comité Régional des Politiques de Santé est présidé par le Préfet de la région Nord - Pas-de-Calais et comprend, outre son président :

- le Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation ;
- les Directeurs Départementaux des Affaires Sanitaires et Sociales du Nord et du Pas-de-Calais ;
- le Recteur de l'Académie de Lille ;
- le Président du Conseil Régional Nord - Pas-de-Calais ;
- les Présidents des Conseils Généraux du Nord et du Pas-de-Calais ;
- le Président de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie ;
- le Directeur de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie ;
- le Président de l'Union Régionale des Médecins Exerçant à Titre Libéral ;
- le Délégué Régional du Fonds d'Action Sociale pour les Travailleurs Immigrés et leur Familles ;
- les Sous-préfets à la ville des départements du Nord et du Pas-de-Calais ;
- le Président du Jury de la Conférence Régionale de Santé ;
- le Président de la section régionale de l'Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale ;
- le Président de l'UNIFED-Enfance ;
- le Président de la Fédération Régionale Consommation, Logement et Cadre de vie ;
- le Président du Centre Régional de la Consommation ;
- le Président du Conseil Economique et Social Régional ;
- le Président de l'Association Régionale de la Fédération Nationale des Associations de Réadaptation Sociale ;
- le Président de l'Union Régionale Inter Fédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux ;
- le Procureur Général auprès de la Cour d'Appel de Douai ;
- le représentant de la Section Régionale de l'Union des Centres Communaux d'Action Sociale ;
- le Délégué Régional de la Fédération Hospitalière de France ;
- le Médecin Inspecteur Régional ;
- le Directeur Régional de la Jeunesse et des Sports.

Le secrétariat en est assuré par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.

Avec le soutien financier

- de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales ;
- du Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais ;
- de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie.

Avant-propos

Le Comité Régional des Politiques de Santé est chargé d'une mission générale de concertation, de suivi et d'évaluation des propositions de la Conférence Régionale de Santé, de la mise en œuvre des Programmes Régionaux de Santé et des aspects régionaux des Programmes Nationaux de Santé. Dans le cadre de cette mission, le Comité Régional des Politiques de Santé a demandé à l'Observatoire Régional de la Santé Nord - Pas-de-Calais de réaliser un outil de monitoring des Programmes Régionaux de Santé.

Les Programmes Régionaux de Santé

L'idée des Programmes Régionaux de Santé est née après la publication en 1994 du rapport du Haut Comité de la Santé Publique sur la santé en France. Ce rapport faisait apparaître la persistance, malgré une amélioration globale de la santé en France, de taux élevés de mortalité et d'incapacités évitables, de disparités entre catégories sociales et entre territoires, et d'une prise en compte insuffisante de la qualité de vie des malades et des handicapés. D'autre part, il apparaissait que le système de soins ne pouvait pas, à lui seul, résoudre l'ensemble des problèmes de santé ; ce qui rendait indispensable la participation d'autres acteurs, en particulier les usagers, cantonnés jusque-là dans un rôle le plus souvent passif. La région semblait être le bon niveau géographique pour adapter la politique nationale de santé à l'hétérogénéité des situations sanitaires, sociales, économiques et culturelles du territoire national.

L'ordonnance du 24 avril 1996 a institué les Conférences Régionales de Santé, en leur donnant mission d'établir les "priorités de Santé Publique de la région qui peuvent faire l'objet de Programmes" Régionaux de Santé. Dans le Nord - Pas-de-Calais, les 5 Programmes Régionaux de Santé¹ reprennent les priorités de santé énoncées par la Conférence Régionale de Santé, les Assises Régionales de Santé et les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins :

- Santé des jeunes et des enfants (programme *Génération Santé*) ;
- Santé et précarité (programme *Praps*) ;
- Conduites de consommation à risque ;
- Cancers (programme *Challenge*) ;
- Santé cardiovasculaire.

Les Programmes Régionaux de Santé (PRS) reposent sur une approche à moyen terme (5 ans), globale (prévention, prise en charge et accompagnement), centrée sur la population, multipartenariale et centrée sur un territoire (niveau régional ou local). Ils sont élaborés par un groupe de programmation issu de l'assemblée générale, réunie par le préfet, et animé par un ou deux pilotes, généralement membres des services déconcentrés de l'État.

Dans ce contexte d'élaboration et de mise en œuvre des Programmes Régionaux de Santé, il est apparu nécessaire de disposer d'un outil permettant aux différents partenaires de mieux saisir les enjeux de la démarche entreprise.

Au-delà des outils de suivi et d'évaluation mis en œuvre spécifiquement pour chaque programme, il semblait utile de pouvoir disposer périodiquement, à chaque Conférence Régionale de Santé d'un tableau descriptif de la situation sanitaire dans laquelle est entreprise la démarche des PRS, mais aussi de l'activité de ces programmes, de l'implication des différents financeurs et acteurs selon les différentes priorités retenues. Chaque acteur pourrait ainsi, au delà de son action spécifique et du Programme Régional de Santé dans lequel il est impliqué, mieux apprécier la perspective globale dans laquelle se situe son action.

La deuxième édition du Moniteur

Le présent ouvrage constitue la deuxième édition du "Moniteur" des Programmes Régionaux de Santé Nord - Pas-de-Calais. Comme pour la première édition, le lecteur constatera que le présent ouvrage n'a pas la configuration habituelle des travaux produits par l'ORS. En effet, les objectifs essentiels sont ici la visibilité des enjeux et la facilité d'accès, afin que l'ouvrage soit utile à l'ensemble des acteurs impliqués dans la démarche des PRS.

Nous nous sommes appuyés sur l'expérience acquise, avec nos collègues des autres ORS et avec la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé, dans l'élaboration des "Tableaux de bord régionaux de la santé" et de la base de données "SCORE-Santé".

¹ Un sixième programme, qui a trait à la santé environnementale, est en cours d'élaboration.

Une approche graphique a donc été privilégiée pour répondre à cet objectif, mais le lecteur pourra se reporter avec profit aux annexes, qui présentent la source et la méthode de construction des différents indicateurs retenus, ainsi que des commentaires sur les résultats présentés. Le choix des indicateurs a privilégié des indicateurs fiables et disponibles de manière répétée dans le temps.

D'autre part, à chaque fois que cela était possible, nous avons cherché à présenter une approche territoriale des différents indicateurs retenus. Le lecteur trouvera dans ce document des cartes qui ont été élaborées par SIGORS (le Système d'Information Géographique de l'ORS).

Les indicateurs de ressources et d'activité ont été construits à partir des données du système d'information mis en place par le Comité régional des politiques régionales de santé. Dans cette deuxième édition, la comparaison des données pour les années 2000 et 2001 introduit une dimension longitudinale et permet d'observer la mise en œuvre des objectifs des PRS au cours de ces deux premières années.

La démarche de choix des indicateurs, réalisée en étroite collaboration avec les pilotes des différents PRS, nous a conduit à constater que nous ne disposons pas toujours des indicateurs qui seraient les plus précieux pour les acteurs des PRS. En particulier, les données concernant les attitudes, les perceptions et les représentations en matière de santé sont rares. Il y a là un champ important à développer dans la région. L'ORS, on le sait, s'y est investi de manière tout à fait privilégiée, par exemple par l'étude qu'il a réalisée sur les représentations et les comportements d'utilisation du système de soins, et il continuera à le faire dans l'avenir.

La démarche que nous avons entreprise pour le Comité Régional des Politiques de Santé a été l'occasion d'associer la région, avec trois autres régions françaises, au "Baromètre Santé" réalisé par le Comité Français d'Education pour la Santé. Il a été possible de réaliser une extension régionale de cette enquête nationale, pour les jeunes de 12 à 25 ans. Ce type de démarche devrait être développé dans la région. Les thèmes d'intérêt ne manquent pas ; citons, par exemple, les comportements alimentaires, les modalités de recours de la population aux soins d'urgence en cardiologie ou les représentations en matière de santé ou de souffrance des populations en difficulté. Nous espérons que les PRS seront, aussi, l'occasion de mieux connaître la santé des habitants de notre région afin de mieux agir pour l'améliorer.

Jean-Louis SALOMEZ, Président
Observatoire Régional de la Santé Nord - Pas-de-Calais

Olivier LACOSTE, Directeur
Observatoire Régional de la Santé Nord - Pas-de-Calais

Christophe DECLERCQ, Chargé d'études
Observatoire Régional de la Santé Nord - Pas-de-Calais

Sommaire

Santé des enfants et des jeunes

01 Part des moins de 25 ans dans la population (en %), Nord - Pas-de-Calais versus France, en 1999	P 11
02 Évolution de l'Indice Conjoncturel de Fécondité (ICF), pour 100 femmes, Nord – Pas-de-Calais versus France, de 1994 à 2000	P 11
03 Evolution du pourcentage de femmes de moins de 18 ans parmi les femmes ayant subi une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), Nord - Pas-de-Calais versus France, entre 1992 et 1996	P 12
04 Evolution de la mortalité périnatale et infantile, Nord – Pas-de-Calais versus France, de 1978 à 1998	P 12
05 Grossesse et périnatalité dans le Nord - Pas-de-Calais et les communes concernées par la Politique de la Ville, en 2000	P 13
06 Mortalité par accidents de la circulation et par suicides, par âge et par sexe, Nord – Pas-de-Calais versus France, en 1998	P 14
07 Taux de scolarisation (en %) chez les 3-5 ans, les 15-19 ans, et les 20-24 ans, Nord - Pas-de-Calais versus France, en 1999	P 14
08 Proportion d'actifs dans la population(en %) par tranches d'âge, Nord - Pas-de-Calais versus France, en 1999	P 15
09 Part des demandeurs d'emploi (en %) dans la population active selon l'âge, Nord - Pas-de-Calais versus France, en 1999	P 15
10 Scores moyens de l'échelle de Duke selon le sexe, chez les jeunes de 12 à 25 ans, dans la région Nord – Pas-de-Calais	P 16
11 Proportion de jeunes (en %) déclarant avoir pensé au suicide au cours des 12 derniers mois	P 16
12 Proportion de jeunes (en %) ayant un poids supérieur à la normale, selon le sexe	P 17
13 Proportion de jeunes (en %) déclarant avoir fait quelque chose de risqué par plaisir ou par défi au cours du dernier mois	P 17
14 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement	P 18
15 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement	P 18
16 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement	P 19
17 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement	P 19
18 Répartition du financement des actions (en %) par financeur	P 20

Précarité et santé

01 Pourcentage de la population bénéficiaire d'un minimum social, dans le Nord - Pas-de-Calais et les communes concernées par la Politique de la Ville	P 27
02 Pourcentage d'allocataires, non étudiants, dont le RUC (Revenu par Unité de Consommation) est inférieur à 90 francs par jour	P 28
03 Pourcentage d'allocataires dont les ressources dépendent, pour 50% et 100%, des prestations	P 28
04A Pourcentage de recours global aux soins en fonction de la catégorie socio-professionnelle, dans le Nord - Pas-de-Calais	P 29
04B Pourcentage de recours aux soins pour les femmes référentes, en fonction de leur catégorie socio-professionnelle personnelle, dans le Nord - Pas-de-Calais	P 29
05 Nombre annuel moyen de décès avant 65 ans par suicide, dans le Nord - Pas-de-Calais, par département, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1996-1998	P 30
06 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans par sexe et par cause, dans le Nord - Pas-de-Calais, par département, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1996-1998	P 31
07A Evolution du taux de chômage (en %), Nord - Pas-de-Calais versus France, de mars 1995 à mars 2000	P 32
07B Taux de chômage dans la région Nord - Pas-de-Calais, par sexe et par âge, mars 1999	P 32
07C Taux de chômage dans les villes concernées par la Politique de la Ville, par sexe, mars 1999	P 33
08 Pourcentage de la population bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle (CMU) de base et complémentaire, Nord - Pas-de-Calais versus France, au 31 décembre 2000	P 33
09 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement	P 34
10 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement	P 34
11 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement	P 35
12 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement	P 35
13 Répartition du financement des actions (en %) par financeur	P 36

Atlas

Conduites de consommation à risques

- 01** Dépenses en boissons alcooliques, tabac, et dépenses totales des ménages, Nord – Pas-de-Calais versus France (France=1), en 1995 **P 67**
- 02** Dépenses des ménages par type de boissons alcoolisées consommées, Nord – Pas-de-Calais versus France (France=1), en 1995 **P 67**
- 03** Prévalence des difficultés rencontrées avec l'alcool, parmi la clientèle de plus de 15 ans (en %) des médecins généralistes, selon le sexe, dans le Nord – Pas-de-Calais et les communes concernées par la Politique de la Ville, en 2001 **P 68**
- 04** Prévalence de la consommation de tabac, parmi la clientèle de plus de 15 ans (en %) des médecins généralistes, selon le sexe, dans le Nord – Pas-de-Calais et les communes concernées par la Politique de la Ville, en 2001 **P 69**
- 05** Prévalence de la consommation de tabac déclarée par les jeunes, Nord – Pas-de-Calais versus France, en 2000 (résultats standardisés par âge en pourcentage) **P 70**
- 06** Proportion de jeunes déclarant consommer de l'alcool plusieurs fois par semaine, et/ou avoir connu plus de deux ivresses au cours des douze derniers mois, Nord – Pas-de-Calais versus France, en 2000 (résultats standardisés par âge en pourcentage) **P 70**
- 07** Prévalence de la consommation de cannabis déclarée par les jeunes, Nord – Pas-de-Calais versus France, en 2000 (résultats standardisés par âge en pourcentage) **P 71**
- 08** Taux de Sida déclarés et de décès par overdose chez les Usagers de Drogue IntraVeineuse (UDIV), pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans, Nord – Pas-de-Calais versus France, en 1999 **P 71**
- 09** Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord – Pas-de-Calais, par département et dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1996-1998 **P 72**
- 10** Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe, par cause, dans le Nord – Pas-de-Calais, par département, et dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1996-1998 (France=100) **P 73**
- 11** Evolution de la proportion de personnes (en %) en infraction lors des contrôles préventifs d'alcoolémie, dans le Nord – Pas-de-Calais, de 1988 à 1998 **P 74**
- 12** Nombre d'Infractions sur la Législation des Stupéfiants (ILS), pour 10 000 habitants âgés de 20 à 39 ans, Nord – Pas-de-Calais versus France, en 1999 **P 74**
- 13** Ventes d'outils de Réduction Des Risques (RDR) pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans, Nord – Pas-de-Calais versus France, en 1999 **P 75**
- 14** Evolution du nombre de toxicomanes pris en charge en novembre dans les établissements sanitaires et sociaux, pour 100 000 habitants de 15 à 49 ans, dans le Nord – Pas-de-Calais, de 1991 à 1999 **P 75**
- 15** Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement **P 76**
- 16** Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement **P 76**
- 17** Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement **P 77**
- 18** Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement **P 77**
- 19** Répartition du financement des actions (en %) par financeur **P 78**

Cancers

- 01** Evolution du nombre moyen annuel de cas de cancers des Voies AéroDigestives Supérieures (VADS) selon leur localisation, dans le Nord – Pas-de-Calais **P 85**
- 02** Incidence des entrées en Affection de Longue Durée (ALD) pour cancer, par sexe, dans le Nord - Pas-de-Calais, en 1998 (taux pour 100 000, standardisés sur la population européenne) **P 85**
- 03** Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord – Pas-de-Calais, par département, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1996-1998 **P 86**
- 04** Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord – Pas-de-Calais, par département, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1996-1998 **P 87**
- 05** Données statistiques (en %) des activités de dépistage du cancer du sein dans le département du Nord **P 88**
- 06** Habitudes de prévention (en %) des femmes de référence des ménages du Nord – Pas-de-Calais **P 88**
- 07** Consommation de boissons alcooliques, tabac, fruits et légumes frais des ménages du Nord – Pas-de-Calais **P 89**
- 08** Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement **P 89**

09 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement	P 90
10 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement	P 90
11 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement	P 91
12 Répartition du financement des actions (en %) par financeur	P 91

Santé cardiovasculaire

01 Incidence des cardiopathies ischémiques dans les villes de Lille, Strasbourg et Toulouse, en 1997-1998	P 97
02 Dépenses en tabac, fruits, légumes frais et matières grasses des ménages du Nord – Pas-de-Calais	P 97
03 Nombre annuel moyen de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord – Pas-de-Calais, par département, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1996-1998	P 98
04 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par cardiopathies ischémiques, maladies cardiovasculaires cérébrales et autres maladies de l'appareil circulatoire, par sexe et par cause, dans le Nord – Pas-de-Calais, par département, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1996-1998	P 99
05 Proportion (en %) de patients ayant un problème de poids, par sexe, dans la clientèle des médecins généralistes, région Nord – Pas-de-Calais	P 100
06 Proportion (en %) de patients ayant un problème de diabète, par sexe, dans la clientèle des médecins généralistes, région Nord – Pas-de-Calais	P 100
07 Proportion (en %) de patients ayant un antécédent familial de cardiopathie, par sexe, dans la clientèle des médecins généralistes, région Nord – Pas-de-Calais	P 101
08 Proportion (en %) de patients fumeurs, par sexe, dans la clientèle des médecins généralistes, région Nord – Pas-de-Calais	P 101
09 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement	P 102
10 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement	P 102
11 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement	P 103
12 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement	P 103
13 Répartition du financement des actions (en %) par financeur	P 104

Bilan global

01 Répartition par Programme Régional de Santé, du nombre d'actions et de leur financement, années 2000 et 2001	P 111
02 Répartition par type d'action, du nombre d'actions et de leur financement, années 2000 et 2001	P 112
03 Répartition par type de porteur d'action, du nombre d'actions et de leur financement, années 2000 et 2001	P 113
04 Répartition par département, du nombre d'actions et de leur financement, années 2000 et 2001	P 114
05 Répartition par niveau géographique, du nombre d'actions et de leur financement, années 2000 et 2001	P 115
06 Répartition du financement des actions (en %) par financeur, année 2001	P 116

Santé des enfants et des jeunes Génération Santé



Santé des enfants et des jeunes

- 01** Part des moins de 25 ans dans la population (en %), Nord - Pas-de-Calais versus France, en 1999 **P 11**
- 02** Évolution de l'Indice Conjoncturel de Fécondité (ICF), pour 100 femmes, Nord – Pas-de-Calais versus France, de 1994 à 2000 **P 11**
- 03** Evolution du pourcentage de femmes de moins de 18 ans parmi les femmes ayant subi une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), Nord - Pas-de-Calais versus France, entre 1992 et 1996 **P 12**
- 04** Evolution de la mortalité périnatale et infantile, Nord – Pas-de-Calais versus France, de 1978 à 1998 **P 12**
- 05** Grossesse et périnatalité dans le Nord - Pas-de-Calais et les communes concernées par la Politique de la Ville, en 2000 **P 13**
- 06** Mortalité par accidents de la circulation et par suicides, par âge et par sexe, Nord - Pas-de-Calais versus France, en 1998 **P 14**
- 07** Taux de scolarisation (en %) chez les 3-5 ans, les 15-19 ans, et les 20-24 ans, Nord - Pas-de-Calais versus France, en 1999 **P 14**
- 08** Proportion d'actifs dans la population(en %) par tranches d'âge, Nord - Pas-de-Calais versus France, en 1999 **P 15**
- 09** Part des demandeurs d'emploi (en %) dans la population active, selon l'âge, Nord - Pas-de-Calais versus France, en 1999 **P 15**
- 10** Scores moyens de l'échelle de Duke selon le sexe, chez les jeunes de 12 à 25 ans, dans la région Nord – Pas-de-Calais **P 16**
- 11** Proportion de jeunes (en %) déclarant avoir pensé au suicide au cours des 12 derniers mois **P 16**
- 12** Proportion de jeunes (en %) ayant un poids supérieur à la normale, selon le sexe **P 17**
- 13** Proportion de jeunes (en %) déclarant avoir fait quelque chose de risqué par plaisir ou par défi au cours du dernier mois **P 17**
- 14** Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement **P 18**
- 15** Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement **P 18**
- 16** Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement **P 19**
- 17** Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement **P 19**
- 18** Répartition du financement des actions (en %) par financeur **P 20**

Cartes

01, 02, 03, 04, 05, 06, 07

Santé des enfants et des jeunes Génération Santé

Le Nord – Pas-de-Calais est la région la plus jeune de France métropolitaine. En 1999, 35% de la population ont moins de 25 ans. La santé des jeunes y constitue donc un enjeu essentiel pour l'avenir : s'intéresser aujourd'hui au bien-être physique, mental et social des enfants et des jeunes, c'est anticiper sur leur santé d'adultes. C'est pourquoi la Conférence Régionale de Santé a retenu, en 1997, la prévention et la promotion de la santé des enfants et des jeunes comme priorité régionale de santé. Cela a conduit à la mise en œuvre du Programme Régional de Santé axé sur *la santé des enfants et des jeunes*.

Le PRS *Santé des enfants et des jeunes* s'articule autour de trois axes stratégiques :

- naître et grandir dans des conditions physiques, psycho-affectives et sociales satisfaisantes ;
- favoriser le développement harmonieux des enfants et des jeunes, et leur capacité d'insertion dans la société ;
- améliorer les connaissances sur la santé des jeunes et sur les représentations.

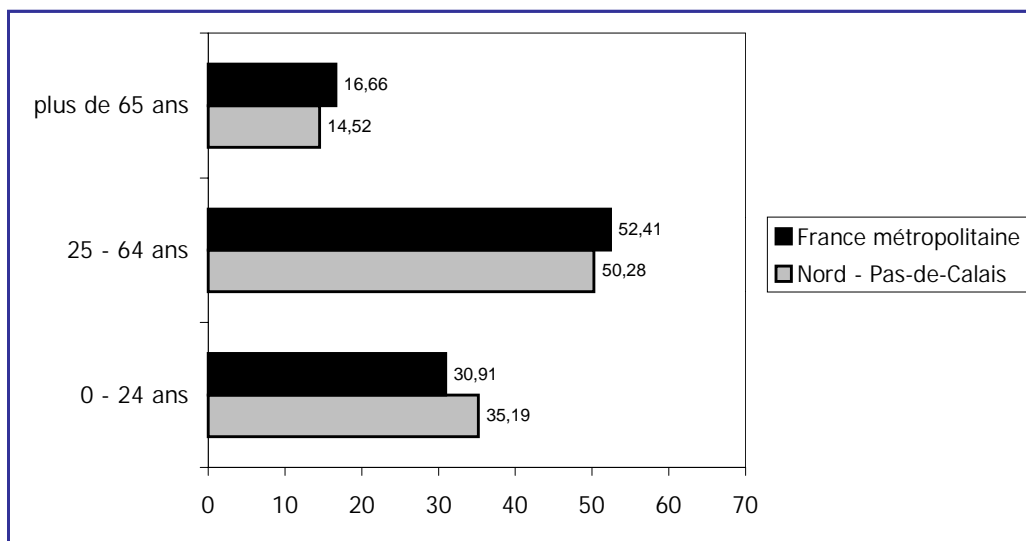
Le groupe de suivi du PRS a défini 9 objectifs prioritaires pour l'année 2001 :

- favoriser la qualité des liens d'attachement parents/enfant ;
- soutenir les parents en difficulté ;
- réduire le nombre de déficits sensoriels non pris en charge ;
- permettre aux jeunes de gérer la prise de risque ;
- accompagner les jeunes dans leur prise d'autonomie ;
- favoriser le sentiment de bien-être ;
- développer et approfondir l'analyse des données ;
- favoriser la communication des données ;
- adapter le niveau de connaissance des professionnels.

L'extension régionale du *Baromètre Santé* portant sur un échantillon de 1 239 jeunes de 15 à 25 ans de la région, a fourni des indicateurs permettant au groupe de suivi de mieux connaître leurs représentations, attitudes et comportements. Parmi les nombreux thèmes abordés dans le *Baromètre*, nous avons choisi de présenter l'environnement et la qualité de vie, les idées et tentatives de suicide, le poids et l'image du corps, et les accidents et la prise de risque.

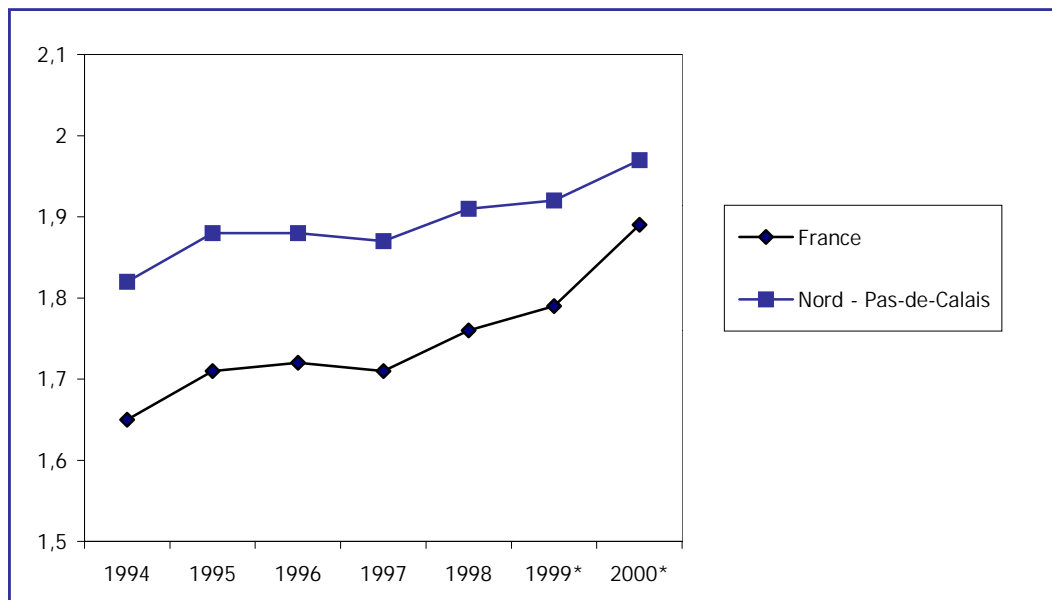
Santé des enfants et des jeunes Génération santé

01 Part des moins de 25 ans dans la population (en %), Nord - Pas-de-Calais versus France, en 1999



Source : INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), Recensement général de la population 1999.

02 Évolution de l'Indice Conjoncturel de Fécondité (ICF), pour 100 femmes, Nord - Pas-de-Calais versus France, de 1994 à 2000



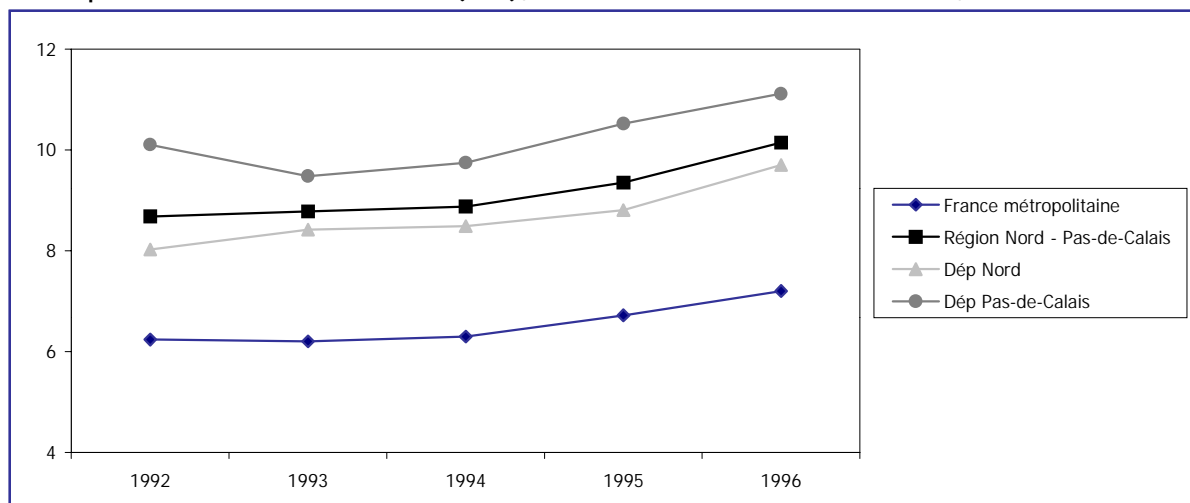
*résultats provisoires pour 1999 et 2000

Source : INSEE, Bilan socio-économique 2000 – INSEE Première, Bilan démographique 2000. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Santé des enfants et des jeunes

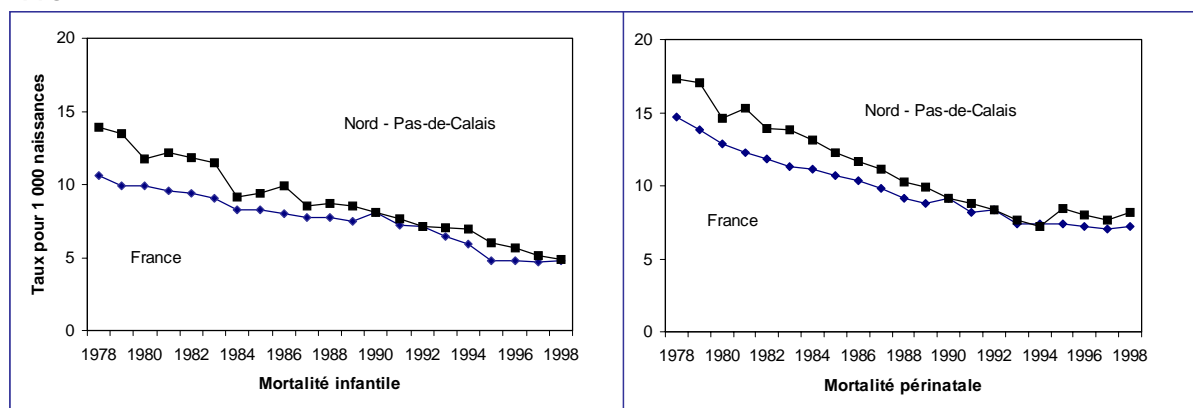
Génération santé

03 Evolution du pourcentage de femmes de moins de 18 ans parmi les femmes ayant subi une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), Nord - Pas-de-Calais versus France, entre 1992 et 1996



Source : DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et de la Statistique). Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

04 Evolution de la mortalité périnatale et infantile, Nord - Pas-de-Calais versus France, de 1978 à 1998

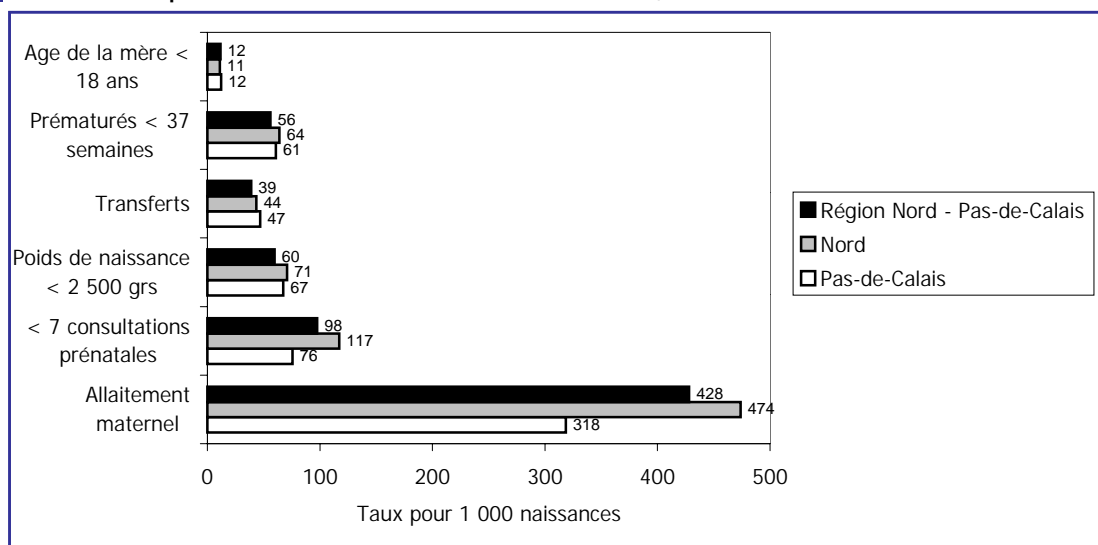


Source : INSEE, Etat civil, Recensement général de la population 1990. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Santé des enfants et des jeunes

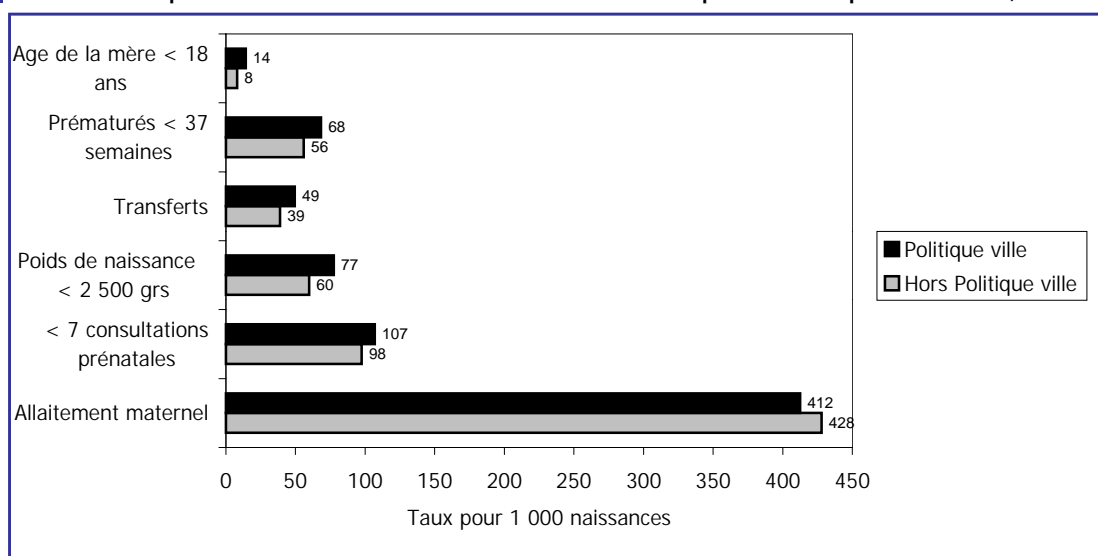
Génération santé

05A Grossesse et périnatalité dans le Nord - Pas-de-Calais, en 2000



Source : Services de Protection Maternelle et Infantile des Conseils Généraux du Nord et du Pas-de-Calais.

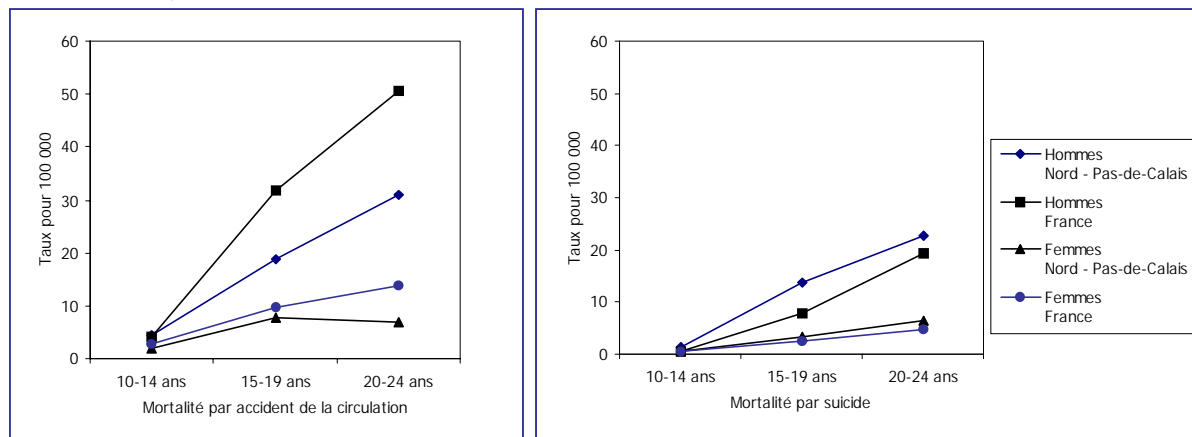
05B Grossesse et périnatalité dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 2000



Source : Services de Protection Maternelle et Infantile des Conseils Généraux du Nord et du Pas-de-Calais.

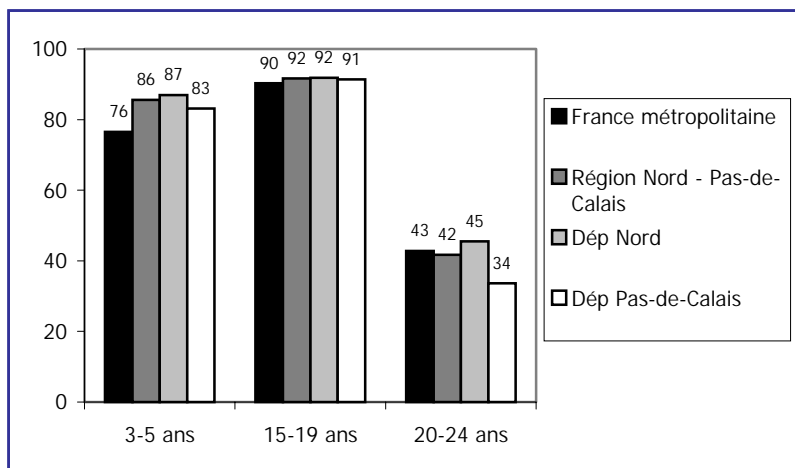
Santé des enfants et des jeunes Génération santé

06 Mortalité par accidents de la circulation et par suicides, par âge et par sexe, Nord - Pas-de-Calais versus France, en 1998



Source : INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès – CépiDc, INSEE, Rgp 99 – Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

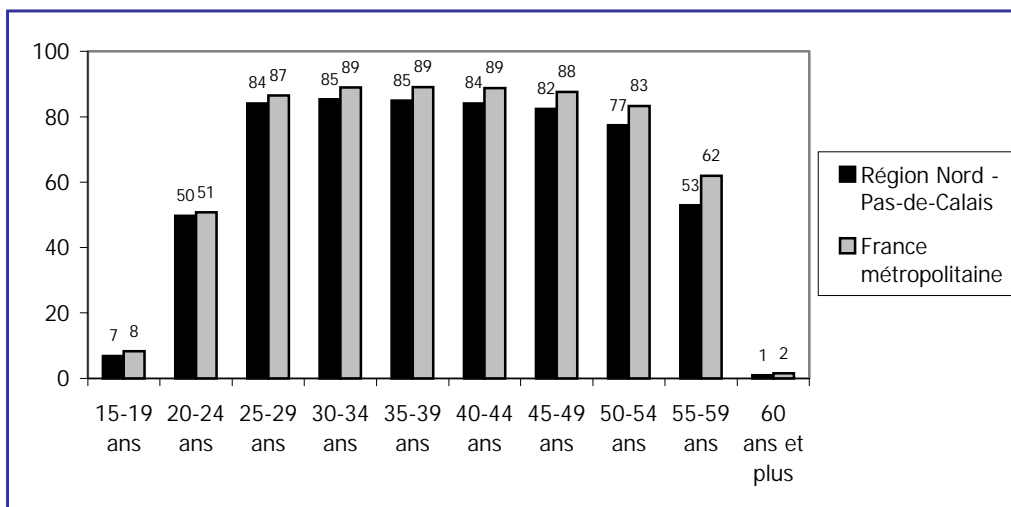
07 Taux de scolarisation (en %) chez les 3-5 ans, les 15-19 ans, et les 20-24 ans, Nord - Pas-de-Calais versus France, en 1999



Source : INSEE, Recensement général de la population 1999. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

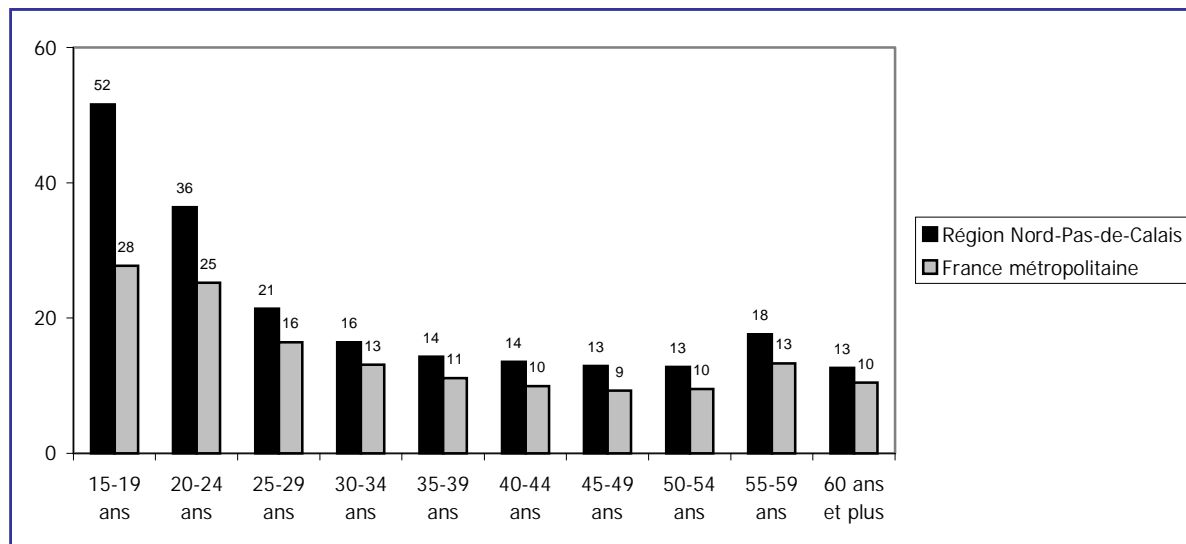
Santé des enfants et des jeunes Génération santé

08 Proportion d'actifs dans la population(en %) par tranches d'âge, Nord - Pas-de-Calais versus France, en 1999



Source : Insee, Recensement général de la Population 1999. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

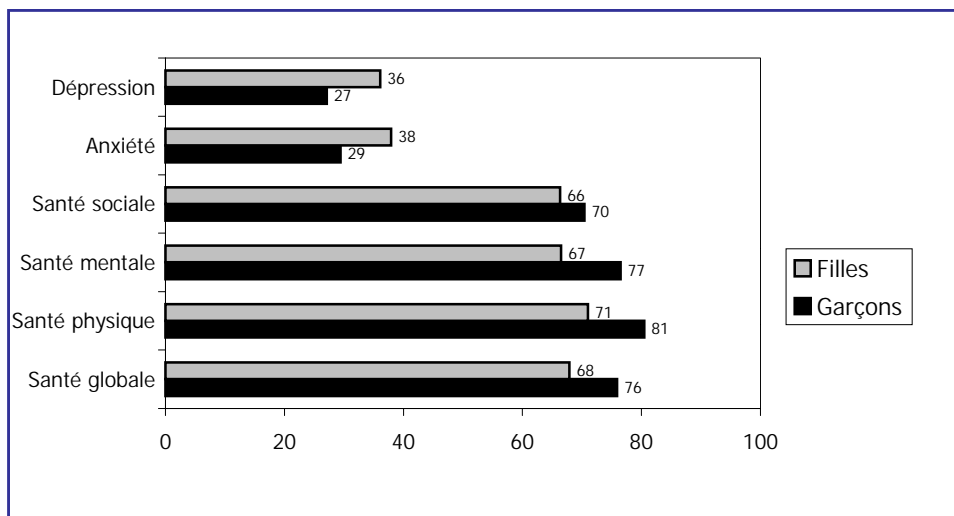
09 Part des demandeurs d'emploi (en %) dans la population active, selon l'âge, Nord - Pas-de-Calais versus France, en 1999



Source : Insee, Recensement général de la Population 1999. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

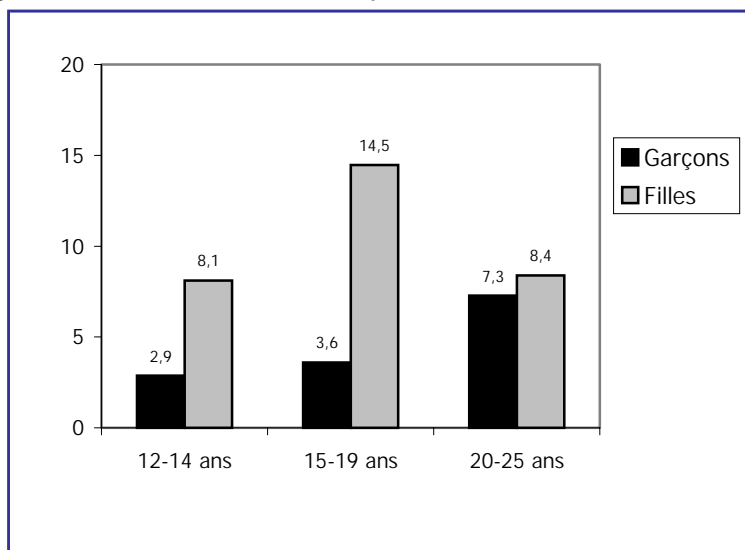
Santé des enfants et des jeunes Génération santé

10 Scores moyens de l'échelle de Duke selon le sexe, chez les jeunes de 12 à 25 ans, dans la région Nord – Pas-de-Calais



Source : Baromètre Santé des 12/25 ans, premiers résultats 2000, CFES, ORS Nord – Pas-de-Calais, DRASS, CRAM.

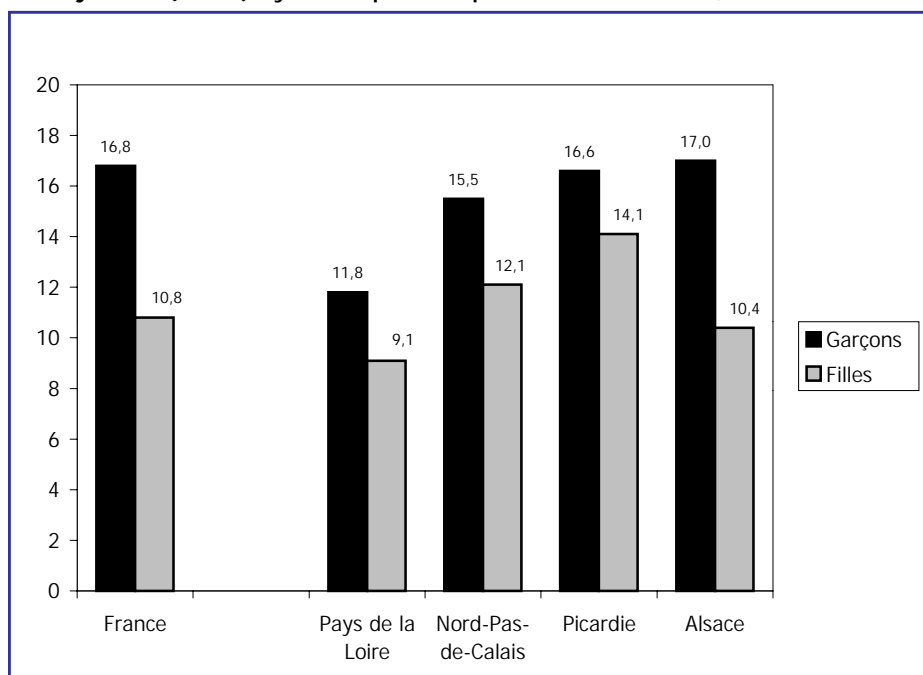
11- Proportion de jeunes (en %) déclarant avoir pensé au suicide au cours des 12 derniers mois



Source : Baromètre Santé des 12/25 ans, premiers résultats 2000, CFES, ORS Nord – Pas-de-Calais, DRASS, CRAM.

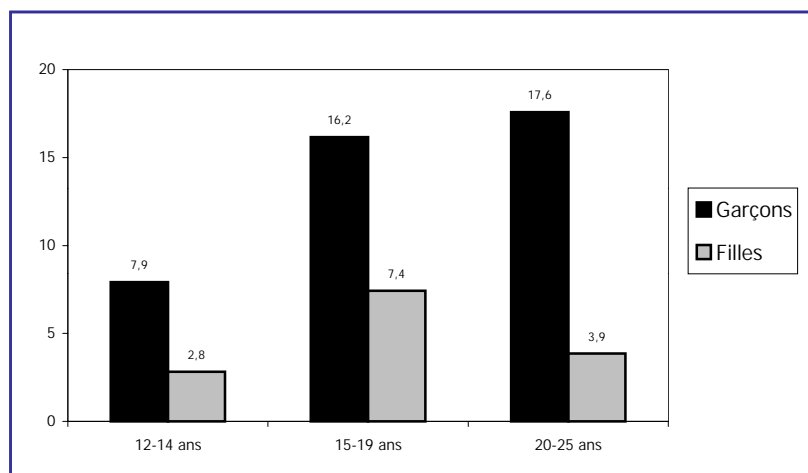
Santé des enfants et des jeunes Génération santé

12 Proportion de jeunes (en %) ayant un poids supérieur à la normale, selon le sexe



Source : Baromètre Santé des 12/25 ans, premiers résultats 2000, CFES, ORS Nord – Pas-de-Calais, DRASS, CRAM.

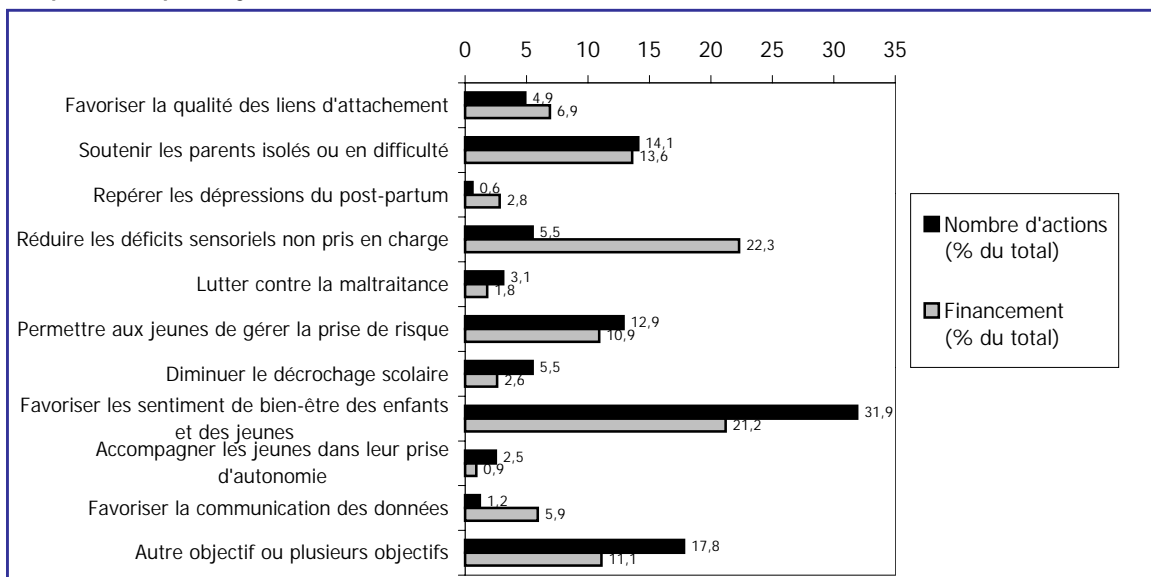
13 Proportion de jeunes (en %) déclarant avoir fait quelque chose de risqué par plaisir ou par défi au cours du dernier mois



Source : Baromètre Santé des 12/25 ans, premiers résultats 2000, CFES, ORS Nord – Pas-de-Calais, DRASS, CRAM.

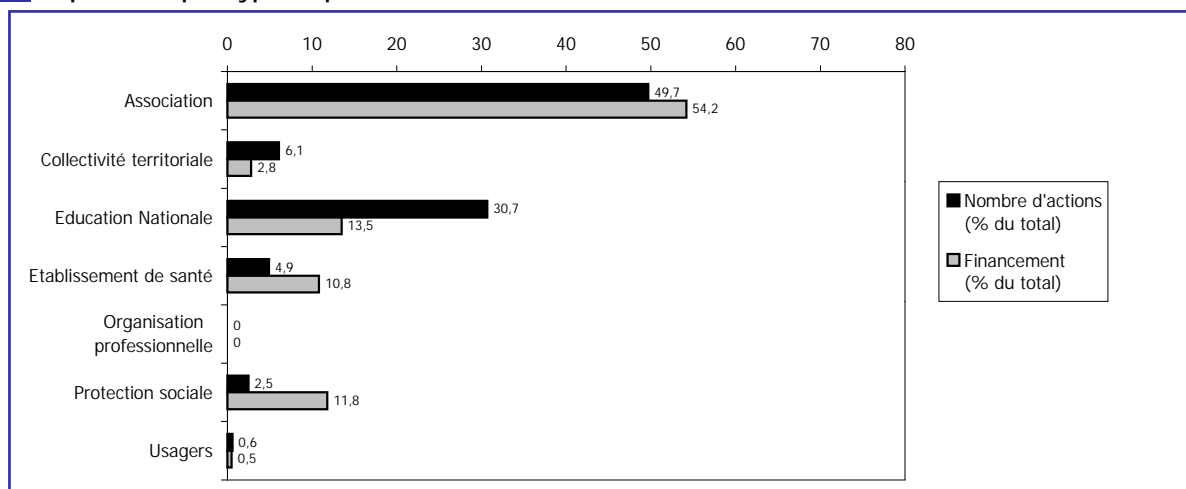
Santé des enfants et des jeunes Génération santé

14 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

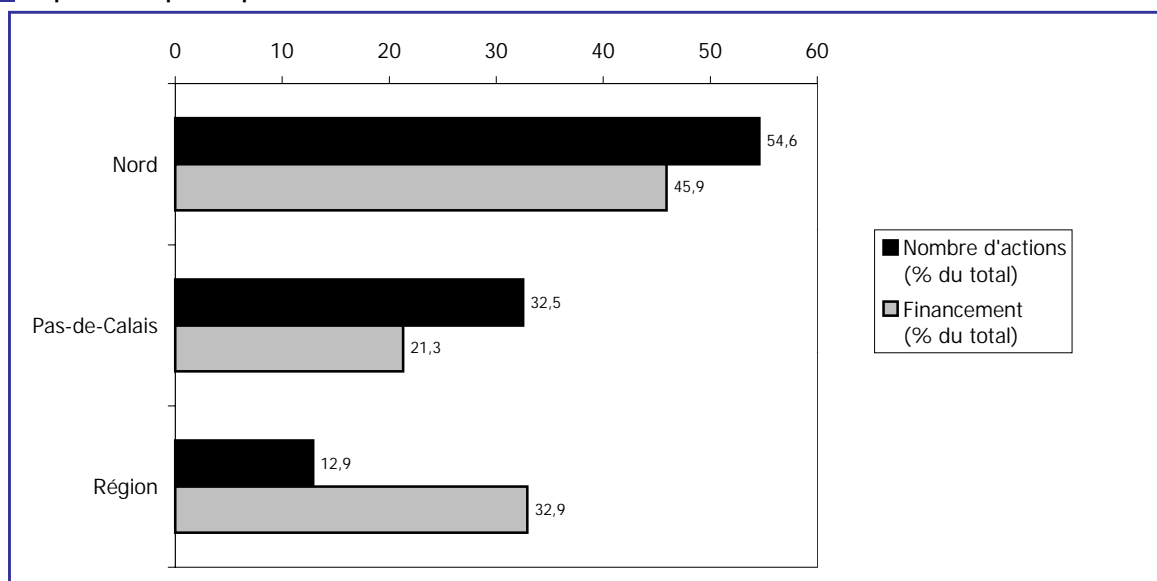
15 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

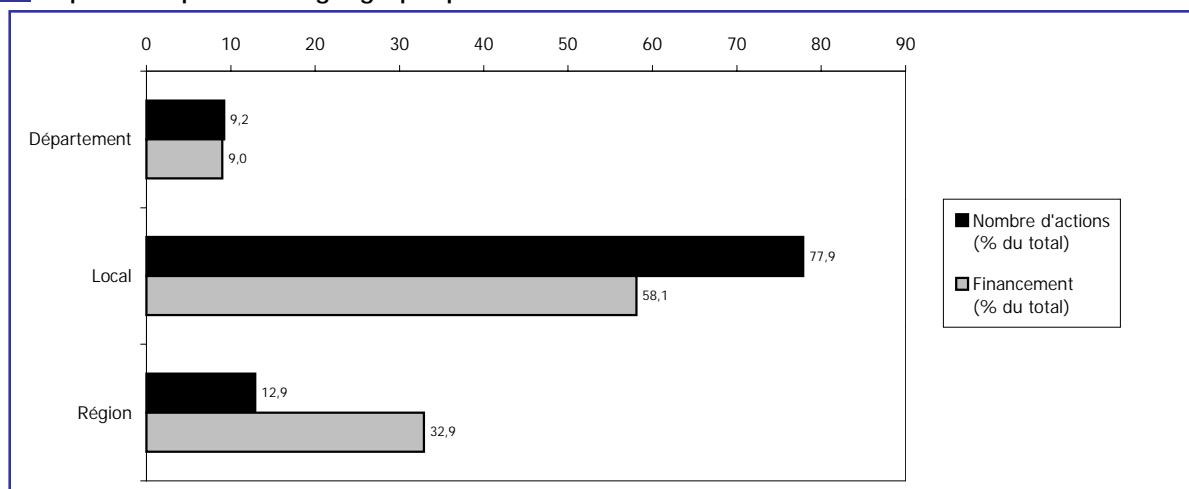
Santé des enfants et des jeunes Génération santé

16 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

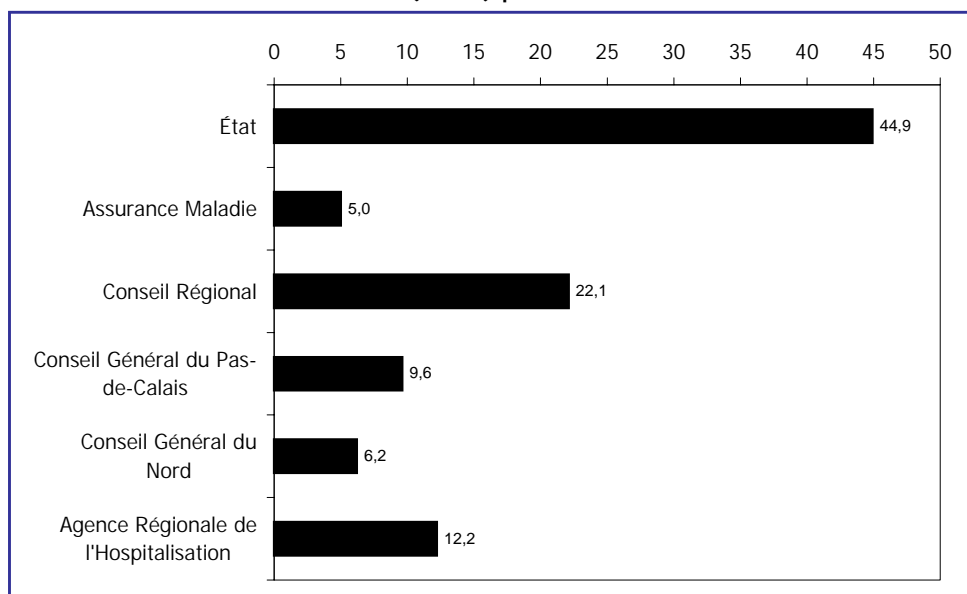
17 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Santé des enfants et des jeunes Génération santé

18 Répartition du financement des actions (en %) par financeur



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Santé des enfants et des jeunes

Génération santé

01 Part des moins de 25 ans dans la population (en %), Nord - Pas-de-Calais versus France, en 1999

Carte 02

Source : INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), Recensement général de la population 1999.

Méthodologie : Nous avons présenté la part de chaque tranche d'âge (0-24 ans, 25-64 ans et 65 ans et plus) dans la population générale de la région Nord - Pas de Calais et de la France métropolitaine.

Commentaire : Bien que la part des moins de 25 ans diminue dans la région ; passant de 42 % en 1962 à 35 % en 1999, le Nord - Pas de Calais reste la région la plus jeune de France. A l'échelle de la région, ce sont les arrondissements de Lille et Calais qui sont les plus "jeunes" : ils comptent plus de 36,4 % de personnes de moins de 25 ans.

02 Évolution de l'Indice Conjoncturel de Fécondité (ICF) pour 100 femmes, Nord - Pas-de-Calais versus France, de 1994 à 2000

Source : INSEE, Bilan socio-économique 2000 - INSEE Première, Bilan démographique 2000. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Méthodologie : L'Indicateur Conjoncturel de Fécondité (ICF) est la somme de l'ensemble des taux de fécondité par âge pour une année donnée. Il indique le nombre moyen d'enfants que mettrait au monde chaque femme d'une génération fictive pendant sa vie féconde (15-49 ans).

Commentaire : Dans la région Nord - Pas-de-Calais, comme en France, l'Indicateur Conjoncturel de Fécondité a progressé depuis 1997. Cependant, la remontée des naissances en 2000 a été moins sensible dans la région (+ 0,05) que sur le plan national (+ 0,1). L'ICF de la région reste plus élevé que celui de la moyenne française (1,97 enfants par femmes versus 1,89).

03 Evolution du pourcentage de femmes de moins de 18 ans parmi les femmes ayant subi une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), Nord - Pas-de-Calais versus France, entre 1992 et 1996

Source : DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et de la Statistique). Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Méthodologie : Les taux calculés représentent la proportion des femmes de moins de 18 ans parmi les femmes ayant subi une Interruption Volontaire de Grossesse.

Commentaire : Le nombre de femmes de moins de 18 ans parmi les femmes ayant subi une IVG augmente depuis 1992 en France (6,24 % en 92 à 7,20 % en 96). Les taux régionaux et départementaux sont plus élevés que le taux national (à relativiser en fonction du poids de la population). C'est dans le Pas-de-Calais que le taux d'IVG est le plus important.

04 Evolution de la mortalité périnatale et infantile, Nord - Pas-de-Calais versus France, de 1978 à 1998

Source : INSEE, Etat civil, Recensement général de la population 1990. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Méthodologie : La mortalité périnatale correspond au rapport des mort-nés (après 22 semaines d'aménorrhées), et des décès de moins de sept jours sur les naissances vivantes et les mort-nés.

La mortalité infantile est le quotient des décès d'enfants de moins d'un an, rapporté aux naissances vivantes de l'année. Y sont inclus les faux mort-nés ; c'est à dire les enfants nés vivants et décédés avant leur déclaration à l'état civil (dans les trois jours suivant la naissance).

Commentaire : Depuis 1978, les mortalités infantile et périnatale ont diminué de manière importante en France comme dans la région. Mais on observe actuellement un certain ralentissement de la décroissance de ces taux. Les principales causes de décès avant un an sont les affections d'origine périnatale (prématurité, souffrance fœtale), les symptômes et états morbides mal définis (dont la mort subite du nourrisson) et les anomalies congénitales. En 1998, le taux de mortalité infantile du Nord-Pas-de-Calais a rattrapé celui de la France. Après s'être rapprochés de la moyenne nationale, les taux de mortalité périnatale sont à nouveau un peu au-dessus de la moyenne française.

05 Grossesse et périnatalité dans le Nord - Pas-de-Calais et les communes concernées par la Politique de la Ville, en 2000

Cartes 03, 04, 05

Source : Services de Protection Maternelle et Infantile des Conseils Généraux du Nord et du Pas-de-Calais.

Méthodologie : Les services de PMI recueillent et analysent, en fonction du lieu de résidence de la mère, les données issues du premier certificat de santé de l'enfant, établi au cours de ses 8 premiers jours.

Commentaire : En 2000, la part des femmes qui ont allaité leur enfant et la part de celles ayant subi moins de 7 consultations prénatales au cours de leur grossesse (nombre fixé par la réglementation dans le cas de grossesses normales), sont plus importantes dans le Nord que dans le Pas-de-Calais. Les taux sont assez comparables d'un département à l'autre en ce qui concerne les mères de moins de 18 ans, les naissances prématurées, les enfants ayant eu besoin de soins nécessitant un transfert et les petits poids de naissance.

Tous les taux sont, à l'exception de l'allaitement maternel, légèrement supérieurs dans les communes concernées par la Politique de la Ville.

Les mères de moins de 18 ans sont plus nombreuses dans le Sud et le Sud-Est de la région. C'est dans l'arrondissement d'Avesnes-sur-Helpe que l'on trouve le plus d'enfants nés de mère mineure.

Santé des enfants et des jeunes

Génération santé

C'est dans les arrondissements de Lens et de Montreuil que les taux de suivi de grossesse sont les meilleurs (seulement 70 naissances pour 1 000 n'ont pas été précédées des 7 consultations prénatales réglementaires).

06 Mortalité par accidents de la circulation et par suicides, par âge et par sexe, Nord – Pas-de-Calais versus France, en 1998

Source : INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès – CépiDc, INSEE, Rgp 99 – Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Méthodologie : Le taux de mortalité d'un groupe d'âge est calculé en rapportant le nombre de décès survenus dans un groupe d'âge en 1998, par l'effectif de ce groupe d'âge en 1999. L'estimation de la population en 1998 n'a pas été utilisée car on ne dispose pas encore des estimations de population 1998 réajustées en fonction du recensement de 1999.

Commentaire : En 1998, dans le Nord - Pas-de-Calais, 106 jeunes de 10 à 25 ans ont été tués dans un accident de la circulation. Pour les hommes et pour les femmes, quel que soit le groupe d'âge, les taux de mortalité par accidents de la circulation observés dans la région sont inférieurs aux taux nationaux.

Pour la France ou pour le Nord - Pas-de-Calais, la surmortalité masculine par suicide apparaît très nettement à partir de 15 ans. Les taux de mortalité par suicide chez les jeunes femmes sont inférieurs à ceux observés chez les hommes. Cependant, les jeunes filles sont plus nombreuses à penser au suicide (graphique 11) et à avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie (Baromètre Santé 2000), en particulier entre 15 et 19 ans.

07 Taux de scolarisation (en %) chez les 3-5 ans, les 15-19 ans, et les 20-24 ans, Nord - Pas-de-Calais versus France, en 1999

Source : INSEE, Recensement général de la population 1999. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Méthodologie : Taux d'enfants et de jeunes inscrits dans un établissement scolaire en 1999.

Commentaire : Le taux de scolarisation des enfants de 3 à 5 ans est plus important dans la région Nord - Pas-de-Calais (85,6%) qu'en France métropolitaine (76,5%). Chez les 15-19 ans et les 20-24 ans, les taux de scolarisation dans la région sont pratiquement identiques à ceux de la France. Cependant, la proportion de jeunes de 20-24 ans encore scolarisés est plus faible dans le Pas-de-Calais.

08-09 Proportion d'actifs (en %) par tranches d'âge, et part des demandeurs d'emploi (en %) dans la population active, Nord - Pas-de-Calais versus France, en 1999

Source : INSEE, Recensement général de la Population 1999. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Méthodologie : Un chômeur, au sens du Bureau International du Travail (BIT), est une personne en âge de travailler (15 ans ou plus), et qui répond simultanément aux trois conditions suivantes : être sans emploi, c'est-à-dire ne pas avoir travaillé ne serait-ce qu'une heure durant une semaine de référence, être disponible pour prendre un emploi dans les 15 jours et chercher activement un emploi ou en avoir trouvé un qui commence ultérieurement. Le taux de chômage, selon le BIT, est obtenu en rapportant le nombre de chômeurs à la population active totale (population active occupée plus chômeurs).

Commentaire : L'entrée des jeunes dans la vie active est de plus en plus tardive ; l'allongement des études s'étant généralisé. En 1999, dans la région, seulement 8 % des jeunes de 15 à 19 ans étaient actifs mais le marché du travail leur est défavorable, dans le Nord – Pas-de-Calais plus qu'en France (52 % des actifs de 15-19 ans sont au chômage dans la région contre 28 % en France métropolitaine). Le taux de chômage chez les jeunes de 20-24 ans est plus important dans la région (36%) qu'au niveau national (25 %).

10 Scores moyens de l'échelle de Duke selon le sexe, chez les jeunes de 12 à 25 ans, dans la région Nord – Pas-de-Calais

Source : Baromètre Santé des 12/25 ans, premiers résultats 2000, CFES, ORS Nord – Pas-de-Calais, DRASS, CRAM.

Méthodologie : Le profil de santé de Duke est un instrument générique de mesure de la qualité de la vie. Il comporte 17 questions pouvant être regroupées en plusieurs dimensions. Le score de santé générale est la somme des dimensions physique, mentale et sociale. 0 indique la plus mauvaise qualité de vie et 100 la qualité de vie optimale. Les scores d'anxiété, de dépression... ont été évalués en sens inverse.

Commentaire : Les garçons déclarent avoir une meilleure qualité de vie que les filles, quelle que soit la dimension (physique, mentale, sociale). Ils ont des scores d'anxiété inférieurs à ceux des filles.

11 Proportion de jeunes (en %) déclarant avoir pensé au suicide au cours des 12 derniers mois

Source : Baromètre Santé des 12/25 ans, premiers résultats 2000, CFES, ORS Nord – Pas-de-Calais, DRASS, CRAM.

Commentaire : 7,7 % des jeunes de 12 à 25 ans déclarent avoir pensé au suicide au cours de l'année 1999.

Santé des enfants et des jeunes

Génération santé

Les filles ont été plus nombreuses que les garçons à y penser ; en particulier entre 15 et 19 ans (14,5 %).

12 Proportion de jeunes (en %) ayant un poids supérieur à la normale, selon le sexe

Source : Baromètre Santé des 12/25 ans, premiers résultats 2000, CFES, ORS Nord – Pas-de-Calais, DRASS, CRAM.

Commentaire : La proportion de jeunes ayant un poids supérieur à la normale est plus élevée chez les garçons que chez les filles, quelle que soit la région de l'étude.

Les Pays de la Loire ont le taux le plus faible quel que soit le sexe (11,8 % pour les garçons et 9,1 % pour les filles). La Picardie possède le taux le plus élevé chez les filles (14,1 %).

13 Proportion de jeunes (en %) déclarant avoir fait quelque chose de risqué par plaisir ou par défi au cours du dernier mois

Source : Baromètre Santé des 12/25 ans, premiers résultats 2000, CFES, ORS Nord – Pas-de-Calais, DRASS, CRAM.

Commentaire : Quelle que soit la tranche d'âge, le taux de garçons prenant des risques est plus élevé que celui des filles ; notamment entre 20 et 25 ans (17,6 % pour les garçons et 3,9 % pour les filles).

14 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement **Cartes 06, 07**

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Méthodologie : Nous avons utilisé les données du système d'information mis en place par le Comité régional des politiques de santé, à partir du dépouillement des fiches soumises lors des appels à projet et des informations recueillies lors de l'instruction des projets par les groupes de suivi des PRS et le Comité de gestion des Programmes Régionaux de Santé (données 2001 mises à jour le 11 octobre 2001 et données 2000 mises à jour le 27 septembre 2000). Les actions analysées sont celles retenues pour un financement dans le cadre des Programmes régionaux de santé. Pour chaque analyse, nous avons présenté la répartition en % du nombre total d'actions et en % du financement total des actions.

Commentaire : Parmi les 163 actions sélectionnées, 31,9 % (21,2 % du financement) ont pour objectif de favoriser le sentiment de bien-être des enfants et des jeunes, 14,1 % (13,6 % du financement) de soutenir les parents isolés ou en difficulté et 12,9 % (10,9 % du financement) de permettre aux jeunes de gérer la prise à risque. 5,5 % seulement des actions ont pour objectif de réduire les déficits sensoriels non pris en charge mais elles représentent 22,3 % du financement total.

15 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Commentaire : 49,7 % des actions (54,2 % du financement) sont portées par des associations et 30,7 % (13,5 % du financement) par l'Éducation Nationale.

16 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Commentaire : 54,6 % des actions (45,9 % du financement) concernent le département du Nord et 32,5 % (21,3 % du financement) le département du Pas-de-Calais. 12,9 % des actions (avec 32,9 % du financement) concernent l'ensemble de la région.

17 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Méthodologie : On a considéré que l'action était locale si le territoire concerné était au plus un seul arrondissement, les autres actions étant considérées comme départementales ou, si au moins un arrondissement de chaque département était concerné, comme régionales. D'autre part, on a cartographié pour chaque arrondissement le nombre d'actions selon le PRS, selon le type d'action, selon le type de porteur. Pour chaque arrondissement, on a comptabilisé le nombre d'actions le concernant (certaines actions visant plusieurs arrondissement sont donc comptées plusieurs fois).

Commentaire : 77,9 % des actions (58,1 % du financement) visent un territoire local, 9,2 % (9,0 % du financement) un territoire départemental et 12,9 % (avec 32,9 % du financement) la région.

18 Répartition du financement des actions (en %) par financeur

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Commentaire : le PRS *Santé des enfants et des jeunes* est financé par l'État (44,9 % du financement), le Conseil Régional Nord - Pas-de-Calais (22,1 %), l'Agence Régionale d'Hospitalisation (12,2 %), les Conseils Généraux du Pas-de-Calais (9,6 %) et du Nord (6,2 %), et l'Assurance Maladie (5,0 %).

Précarité et Santé Praps



Précarité et santé

- 01** Pourcentage de la population bénéficiaire d'un minimum social, dans le Nord - Pas-de-Calais et les communes concernées par la Politique de la Ville *P 27*
- 02** Pourcentage d'allocataires, non étudiants, dont le RUC (Revenu par Unité de Consommation) est inférieur à 90 francs par jour *P 28*
- 03** Pourcentage d'allocataires dont les ressources dépendent, pour 50% et 100%, des prestations *P 28*
- 04A** Pourcentage de recours global aux soins en fonction de la catégorie socio-professionnelle, dans le Nord - Pas-de-Calais *P 29*
- 04B** Pourcentage de recours aux soins pour les femmes référentes, en fonction de leur catégorie socio-professionnelle personnelle, dans le Nord - Pas-de-Calais *P 29*
- 05** Nombre annuel moyen de décès avant 65 ans par suicide, dans le Nord - Pas-de-Calais, par département, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1996-1998 *P30*
- 06** Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans par sexe et par cause, dans le Nord - Pas-de-Calais, par département, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1996-1998 *P 31*
- 07A** Evolution du taux de chômage (en %), Nord - Pas-de-Calais versus France, de mars 1995 à mars 2000 *P 32*
- 07B** Taux de chômage dans la région Nord - Pas-de-Calais, par sexe et par âge, mars 1999 *P 32*
- 07C** Taux de chômage dans les villes concernées par la Politique de la Ville, par sexe, mars 1999 *P 33*
- 08** Pourcentage de la population bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle (CMU) de base et complémentaire, Nord - Pas-de-Calais versus France, au 31 décembre 2000 *P 33*
- 09** Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement *P 34*
- 10** Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement *P 34*
- 11** Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement *P 35*
- 12** Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement *p 35*
- 13** Répartition du financement des actions (en %) par financeur *P 36*

Cartes

01, 08, 09, 10, 12, 13, 14, 15

Précarité et Santé Praps

La première Conférence Régionale de Santé, réunie en 1996, avait choisi parmi les thèmes prioritaires, les problèmes de santé liés à l'exclusion sociale et à la précarité ; ceci a conduit à la mise en œuvre d'un Programme Régional de Santé *Précarité et santé*. D'autre part, la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, comporte un volet santé, et prévoit, dans chaque région, l'élaboration d'un Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), ce qui rejoint les priorités régionales.

Le Programme Régional de Santé *Précarité et santé* a choisi quatre objectifs généraux :

- faire en sorte que les personnes en situation de précarité aient les moyens de se soigner (en favorisant la prise en charge financière et l'accès aux dispositifs de soins et de prévention) ;
- faire en sorte que les personnes en situation de précarité soient acteurs de leur santé (par la prise en compte de la dimension individuelle : responsabilisation, confiance et estime de soi) ;
- faire en sorte que la souffrance psychique liée à la précarité soit reconnue et prise en compte (le cumul des situations d'exclusions et l'insécurité qui en résulte, favorisent les situations de souffrance psychique) ;
- faire en sorte que les personnes en situation de précarité bénéficient de conditions de logement favorables à leur santé (notamment dans la prise en compte des risques liés au plomb, au monoxyde de carbone et à l'insalubrité).

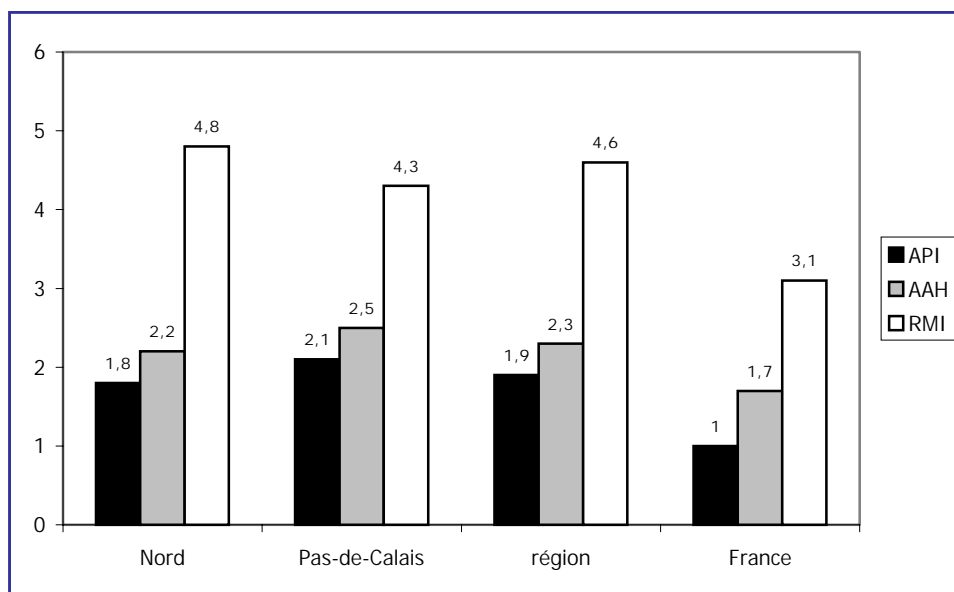
L'appel à projets 2001 a décliné ces objectifs selon quatre axes prioritaires :

- droits, soins et prévention ;
- être acteur de sa santé ;
- souffrance psychique ;
- risques liés au logement.

En matière d'accès aux soins des plus démunis, le bilan des années 2000 et 2001 est incontestablement marqué par la mise en place de la Couverture Maladie Universelle entrée en application au 1^{er} Janvier 2000. Les Conférences Régionales de Santé 2001-2002 auront entre autres objectifs de présenter l'état d'avancement des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS).

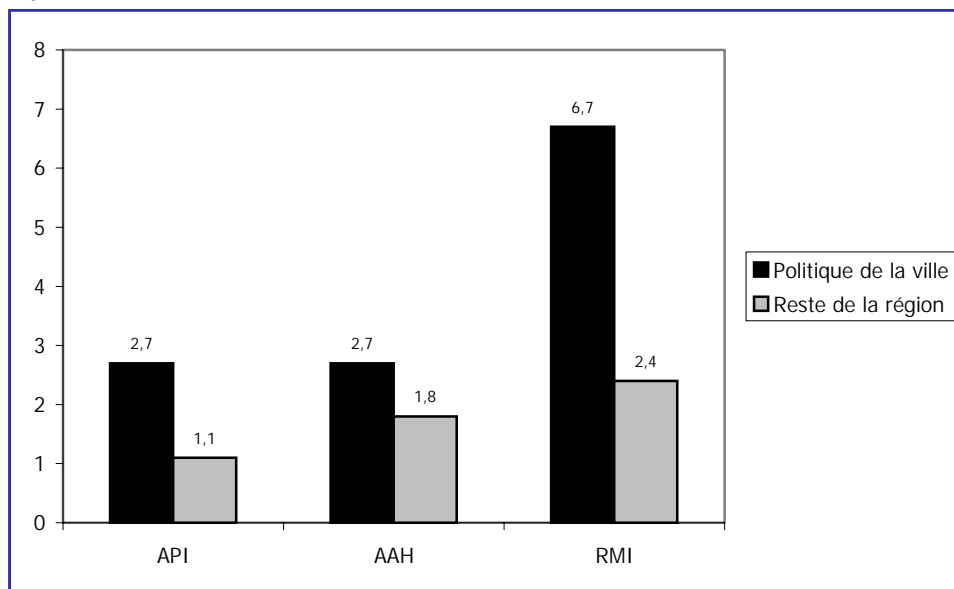
Précarité et santé Praps

01A Pourcentage de la population bénéficiaire d'un minimum social, Nord – Pas-de-Calais versus France



Source : ARCAF Epicaf, décembre 1998, INSEE Rgp 1999. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

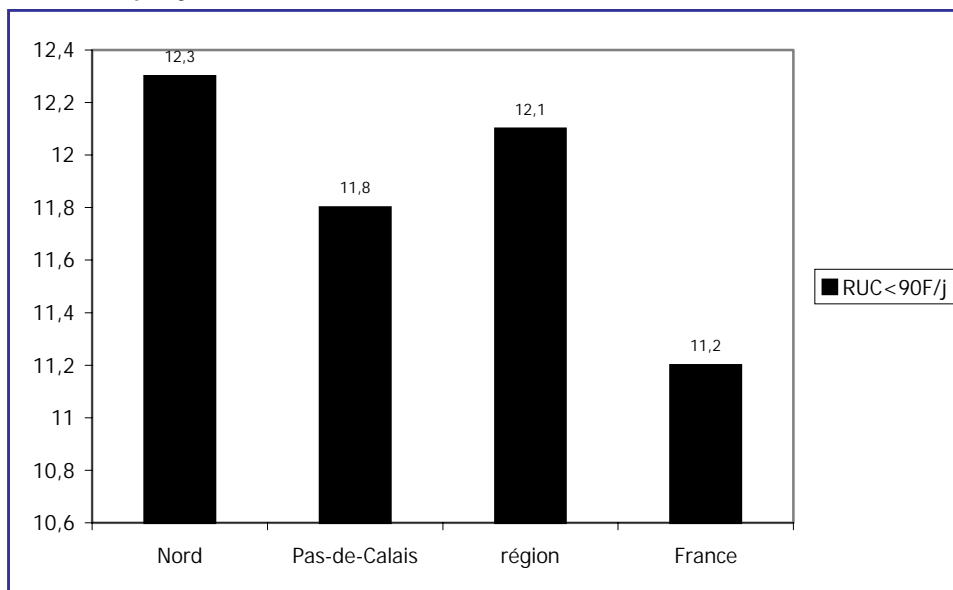
01B Pourcentage de la population bénéficiaire d'un minimum social dans les communes concernées par la Politique de la Ville



Source : ARCAF Epicaf, décembre 1998, INSEE Rgp 1999. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

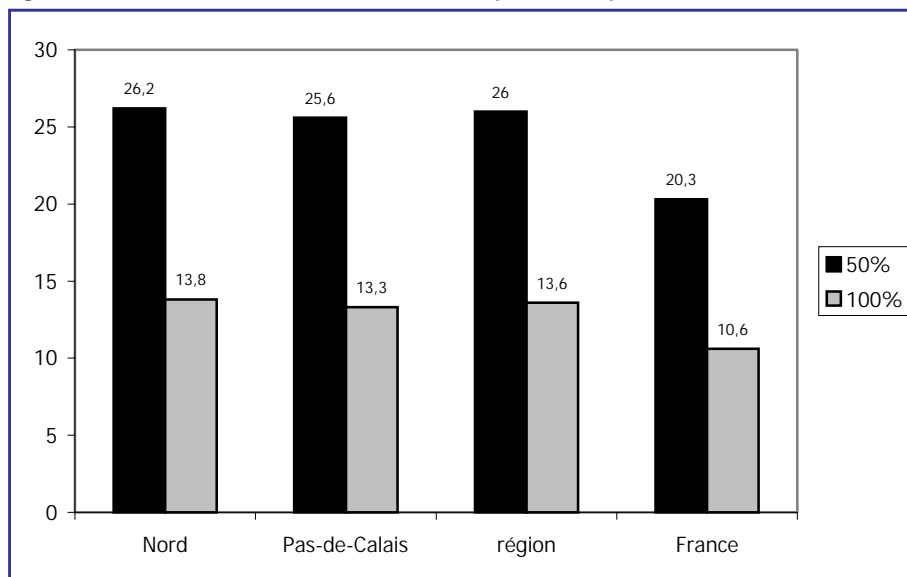
Précarité et santé Praps

02 Pourcentage d'allocataires, non étudiants, dont le RUC (Revenu par Unité de Consommation) est inférieur à 90 francs par jour



Source : ARCAF Epicaf, décembre 1998, INSEE Rgp 1999. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

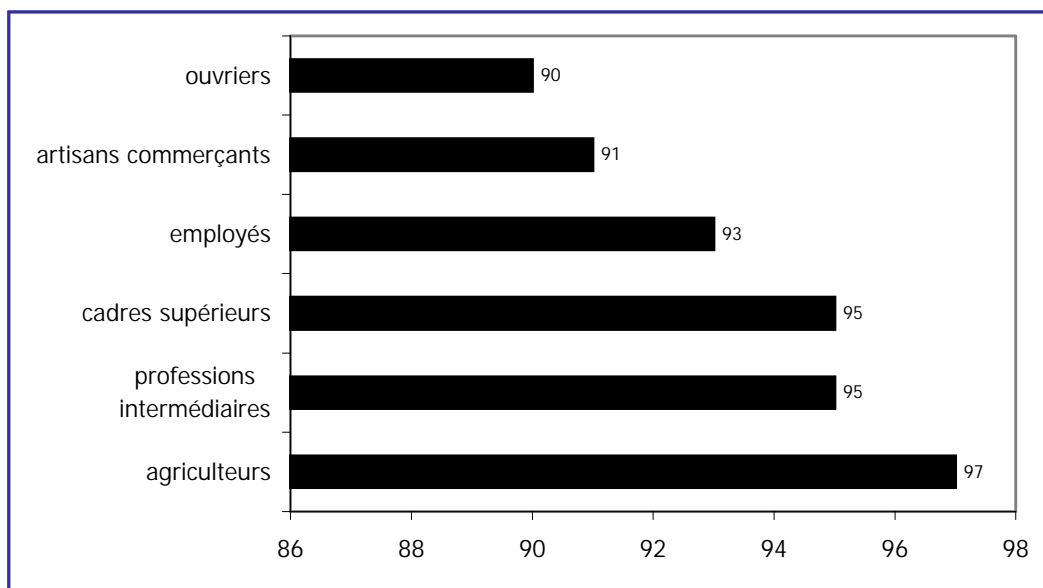
03 Pourcentage d'allocataires dont les ressources dépendent, pour 50% et 100%, des prestations



Source : ARCAF Epicaf, décembre 1998, INSEE Rgp 1999. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

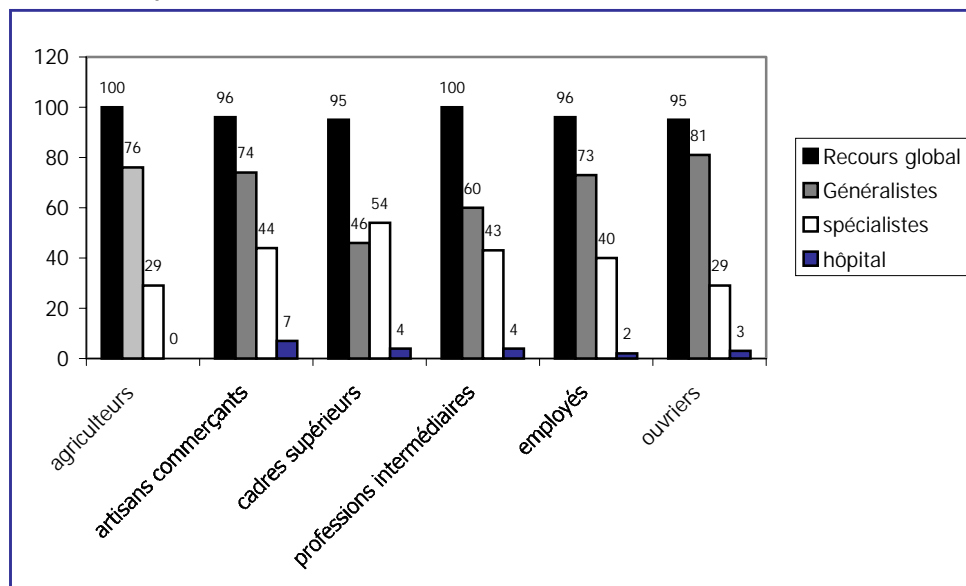
Précarité et santé Praps

04A Pourcentage de recours global aux soins en fonction de la catégorie socio-professionnelle, dans le Nord – Pas-de-Calais



Source : ORS Nord - Pas-de-Calais.

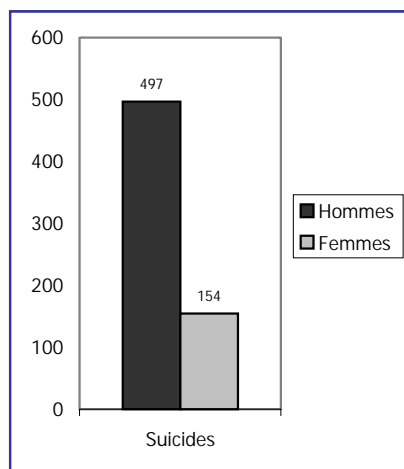
04B Pourcentage de recours aux soins pour les femmes référentes, en fonction de leur catégorie socio-professionnelle personnelle, dans le Nord – Pas-de-Calais



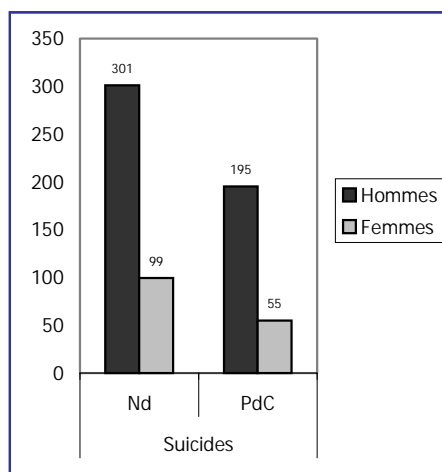
Source : ORS Nord - Pas-de-Calais.

Précarité et santé Praps

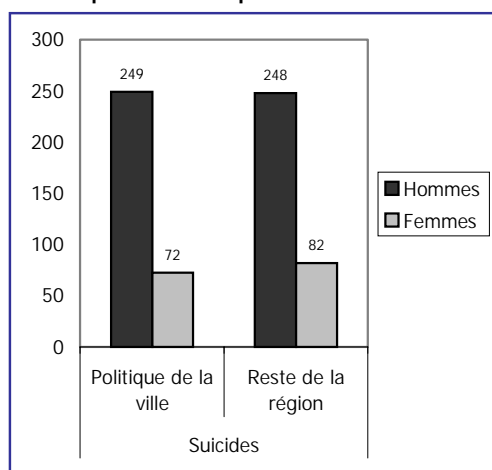
05A Nombre annuel moyen de décès avant 65 ans par suicide, dans le Nord - Pas-de-Calais, en 1996-1998



05B par département



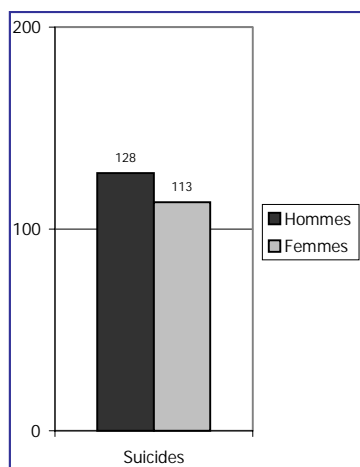
05C dans les communes concernées par la Politique de la Ville



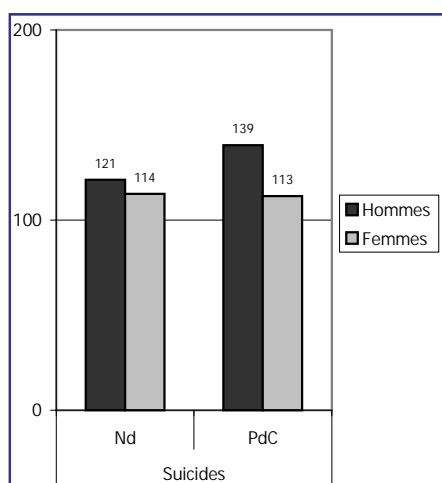
Source : INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès-CépiDc. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Précarité et santé Praps

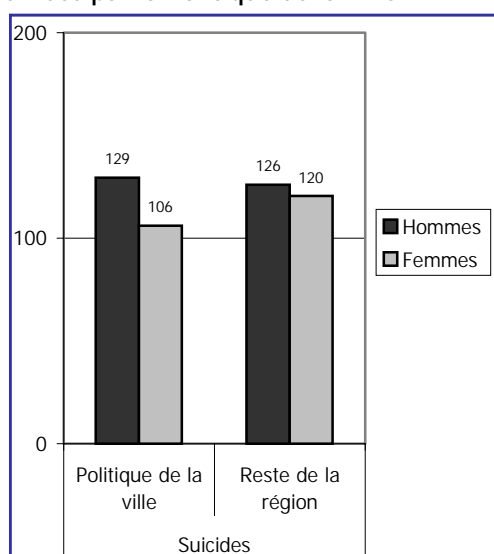
06A Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans par sexe et par cause, dans le Nord - Pas-de-Calais, en 1996-1998



06B par département



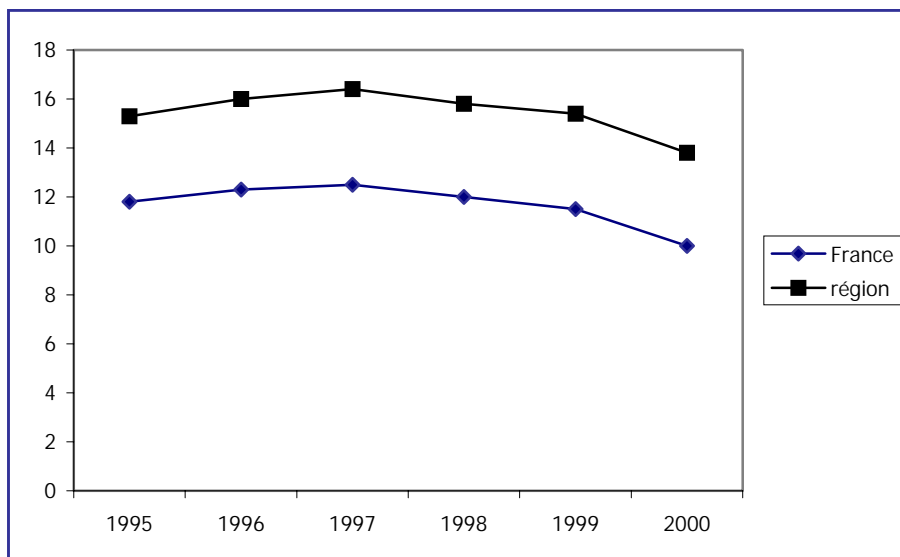
06C dans les communes concernées par la Politique de la Ville



Source : INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès-CépiDc. INSEE Rgp 1999. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

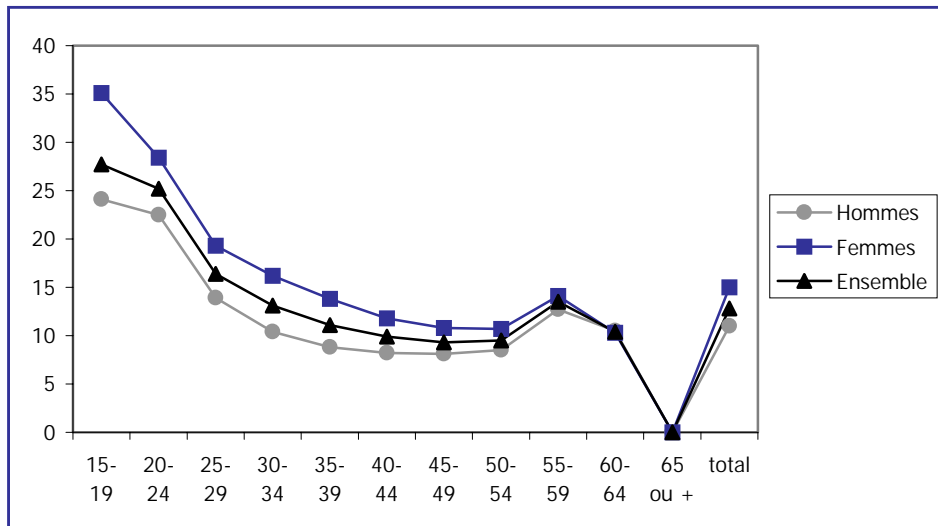
Précarité et santé Praps

07A Evolution du taux de chômage (en %), Nord - Pas-de-Calais versus France, de mars 1995 à mars 2000



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

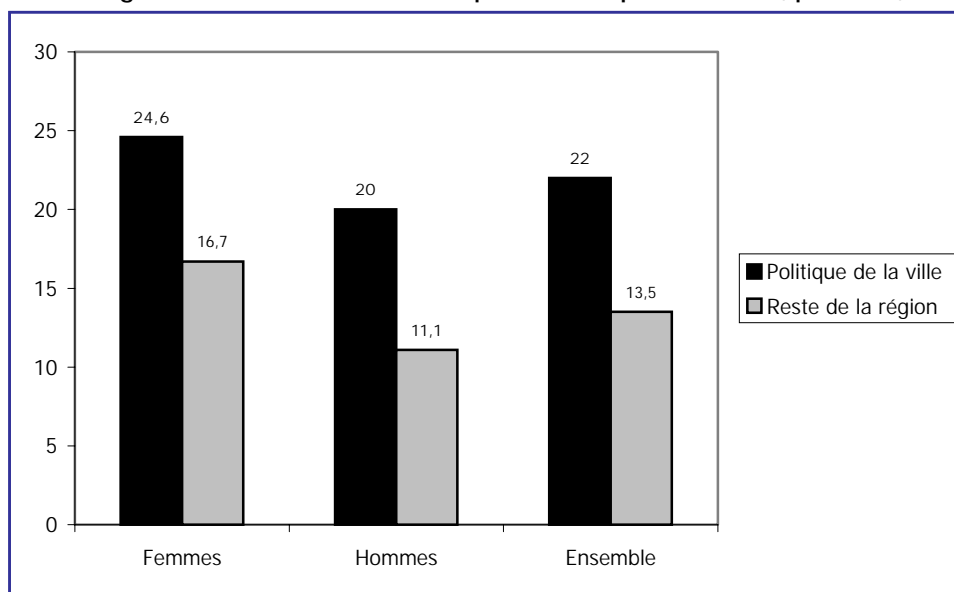
07B Taux de chômage dans la région Nord - Pas-de-Calais, par sexe et par âge, mars 1999



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

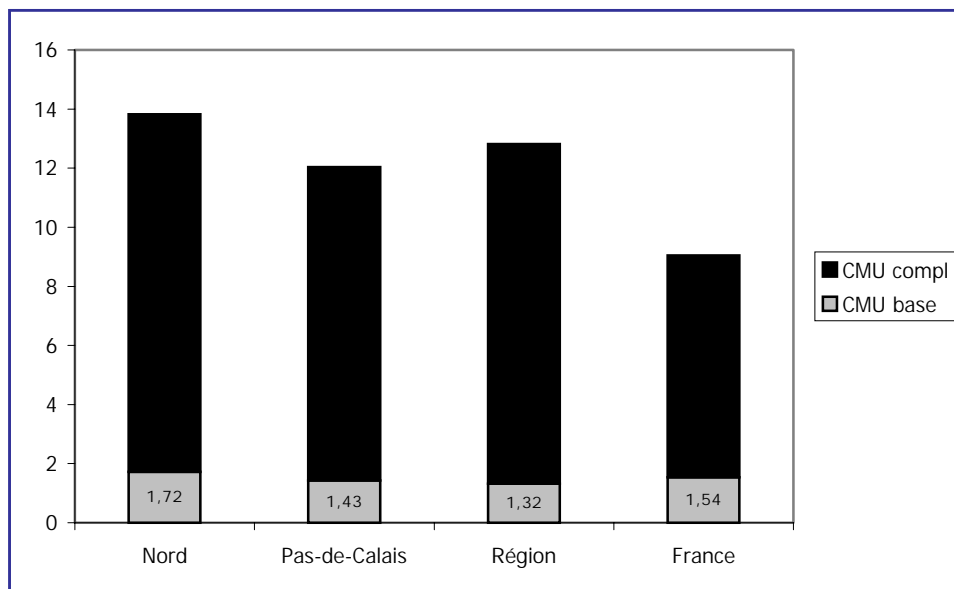
Précarité et santé Praps

07C Taux de chômage dans les villes concernées par la Politique de la Ville, par sexe, mars 1999



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

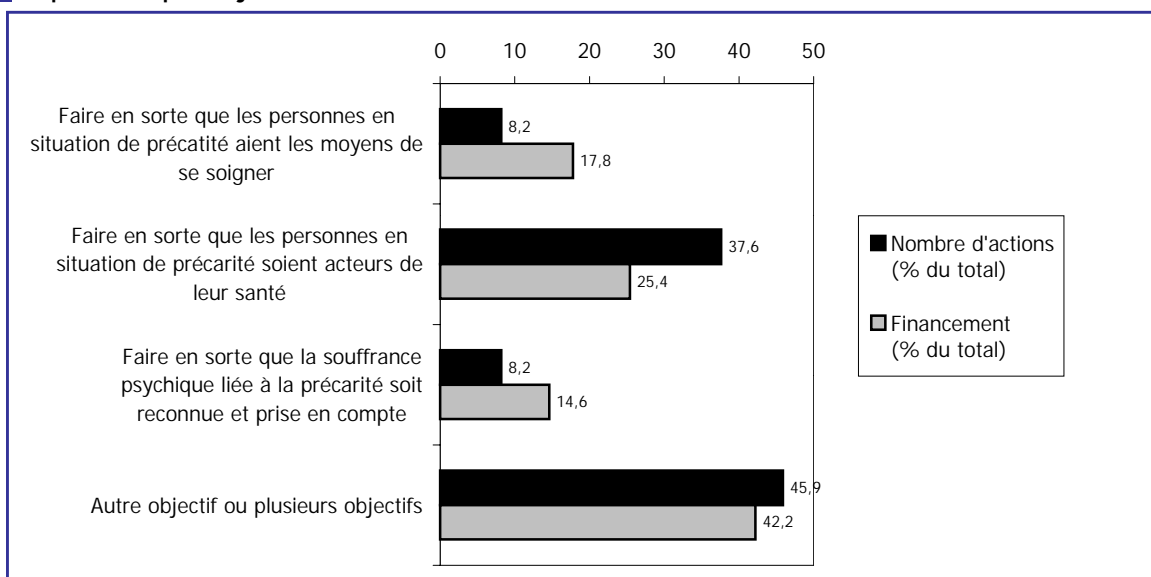
08 Pourcentage de la population bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle (CMU) de base et complémentaire, Nord – Pas-de-Calais versus France, au 31 décembre 2000



Source : DREES 2000. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

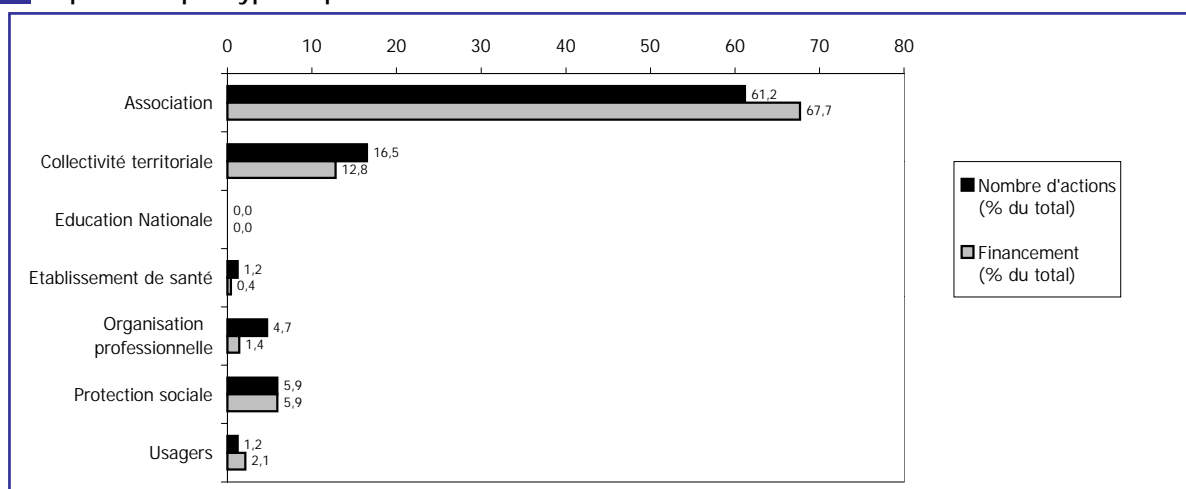
Précarité et santé Praps

09 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

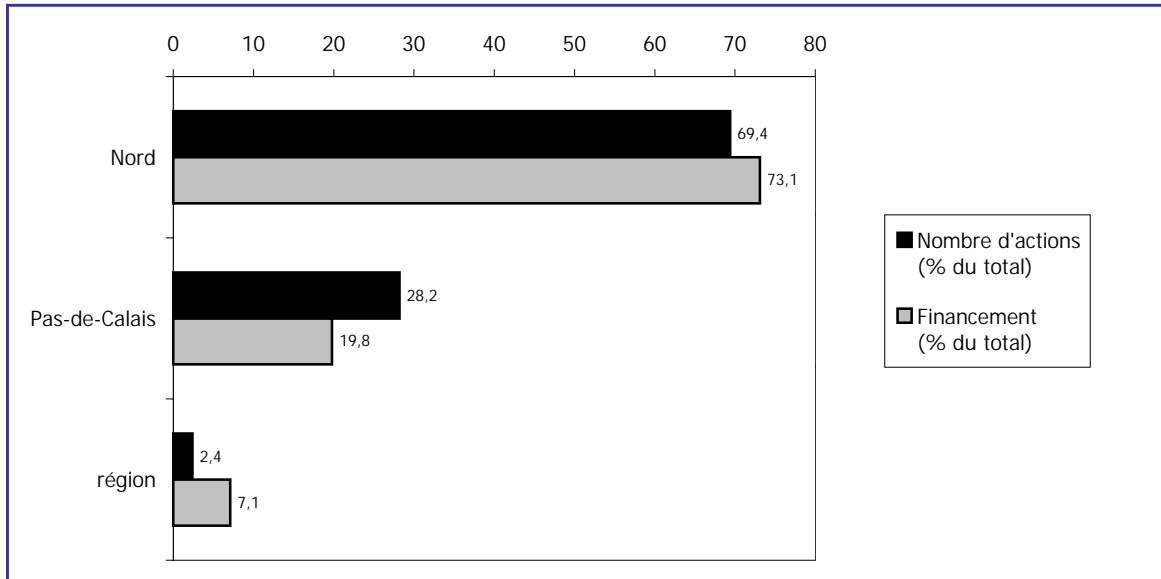
10 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

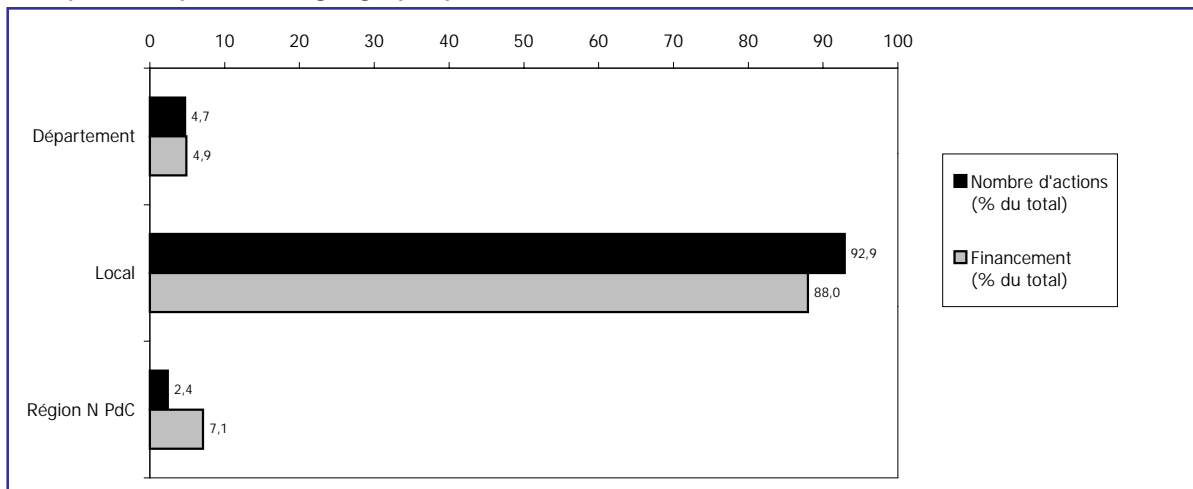
Précarité et santé Praps

11 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

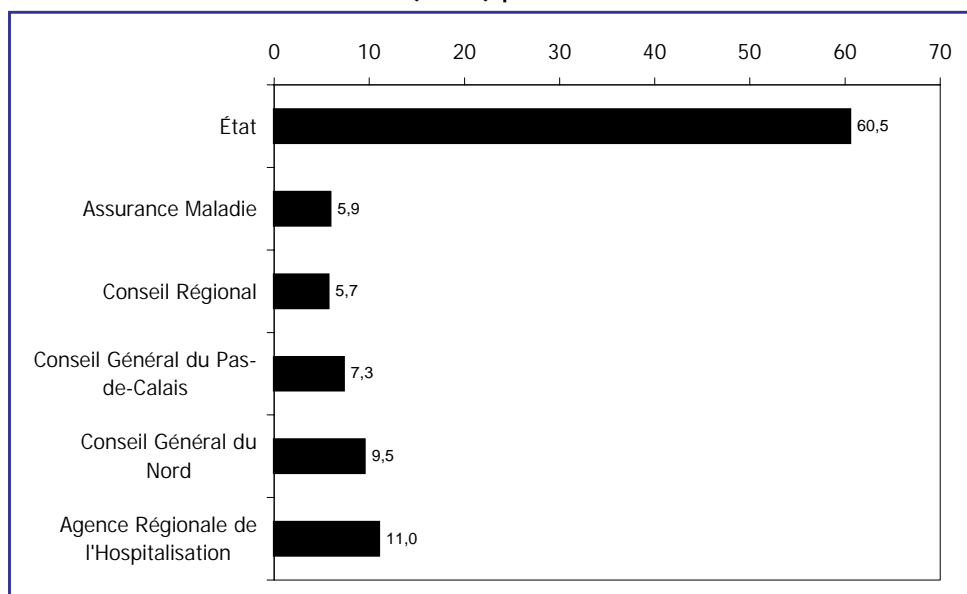
12 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Précarité et santé Praps

13 Répartition du financement des actions (en %) par financeur



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Précarité et santé

Praps

01 Pourcentage de la population bénéficiaire d'un minimum social, dans le Nord - Pas-de-Calais et les communes concer-nées par la Politique de la Ville

Carte 08

Source : ARCAF Epicaf, décembre 1998, INSEE Rgp 1999. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Commentaire : En France métropolitaine, en 1998, plus de 3 millions de personnes perçoivent l'une des huit allocations d'assistance attribuées en dessous d'un certain niveau de ressources et parfois sur une population ciblée. En comptant les ayants droit, la population couverte est estimée à 5 500 000 personnes ; soit 10% de la population. Sont présentées ici trois allocations : l'Allocation Parent Isolé (API, rapportée au nombre de femmes de 15 à 49 ans), l'Allocation Adulte Handicapé (AAH, rapportée à la population de 20 à 64 ans), le Revenu Minimum d'insertion (RMI, rapporté à la population de 25 à 65 ans). Les comparaisons régionales ne sont pas très significatives pour les trois allocations (de 0,9 à 1,5 points de plus pour le Nord - Pas-de-Calais). L'écart le plus important porte sur le RMI. L'attribution de l'une de ces trois allocations, avec le calcul du RUC (Revenu d'Unité de Consommation) inférieur à 90 francs par jour, sont les deux critères définissant les bénéficiaires en "situation difficile" (carte 4). Le plus grand nombre d'allocataires en situation difficile (plus de 33,4 % des allocataires) se trouve dans les arrondissements de Valenciennes, d'Avesnes-sur-Helpe et de Lens. Dans les arrondissements de Lille, Béthune, Arras et Montreuil, on comptabilise entre 25 et 28,2 % d'allocataires en situation difficile ; ce chiffre est inférieur à la moyenne régionale située à 29,5 %. Les arrondissement de Saint-Omer et de Dunkerque sont à moins de 25,6 %. Le graphique 1B présente la part de l'API, de l'AAH et du RMI dans les sites Politique de la Ville. En ce qui concerne le Revenu Minimum d'Insertion, il existe un écart significatif entre les communes concernées par la Politique de la Ville et le reste de la région (+ 4,3). Les écarts sont moins appuyés pour l'AAH, (+ 0,9) et l'API (+ 1,6).

02 Pourcentage d'allocataires, non étudiants, dont le RUC (Revenu par Unité de Consommation) est inférieur à 90 francs par jour

Carte 08

Source : ARCAF Epicaf, décembre 1998, INSEE Rgp 1999. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Commentaire : Le Revenu par Unité de Consommation (RUC) est calculé par les Caisses d'Allocations Familiales selon une formule additionnant les ressources de l'année antérieure et les prestations de l'année en cours, le tout divisé par le nombre d'Unités de Consommation (1 allocataire + 0,7 part par adulte et enfant de plus de 14 ans, + 0,5 part par enfant de moins de 14 ans). Le RUC inférieur à 90 francs/jour est l'un des deux critères définissant les "allocataires en situation difficile" (évalués, dans la région Nord Pas-de-Calais, à près de 29 %). Le second critère est l'attribution de l'un

des trois minima sociaux du graphique 1A (API, AAH, RMI). L'écart France-région est de 1 point. L'écart infra-régional entre le Nord et le Pas-de-Calais est le même.

On constate une certaine homogénéité entre les situations nationale et régionale pour ce qui est du pourcentage d'allocataires ayant un RUC inférieur à 90 francs/jour (1^{er} indicateur). Par contre, en ce qui concerne l'autre indicateur de situation difficile (bénéficiaire de l'API, de l'AAH ou du RMI), les chiffres sont plus importants dans la région ; ceci est lié au score du RMI dans le Nord – Pas-de-Calais.

03 Pourcentage d'allocataires dont les ressources dépendent, pour 50% et 100%, des prestations

Source : ARCAF Epicaf, décembre 1998. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Commentaire : Le taux de dépendance des ressources est calculé en rapportant le total des prestations versées aux allocataires, au titre de décembre 1998, au total de leurs revenus. Pour l'établissement de ce ratio, les étudiants avec enfants sont pris en compte. Les allocataires dont les ressources dépendent à 50% des prestations des Caisses d'Allocations Familiales, sont plus nombreux dans la région (+ de 3 % par rapport à la France), largement devancés par la dépendance à 100 % qui est à près de 6 points de la situation nationale. Il y a par rapport à cet indicateur très peu de disparités infra-régionales.

04A Pourcentage de recours global aux soins en fonction de la catégorie socio-professionnelle, dans le Nord – Pas-de-Calais

04B Pourcentage de recours aux soins pour les femmes référentes, en fonction de leur catégorie socio-professionnelle personnelle, dans le Nord – Pas-de-Calais

Source : ORS Nord - Pas-de-Calais.

Commentaire : Ces deux graphiques sont extraits d'une publication de l'ORS : "Perception et utilisation du système de soins, inégalités sociales de recours" parue en juin 2000.

Ce rapport correspond à la deuxième extraction d'une enquête réalisée auprès de 1 400 ménages décrivant les attitudes de la population vis-à-vis du système de soins régional.

Les pourcentages présentés dans les 2 graphiques concernent des recours aux soins intervenus dans les 12 derniers mois précédant le recueil de données. Il existe bien un gradient social pour le recours global. Le pourcentage de recours aux soins le plus élevé se trouve chez les agriculteurs ; catégorie socio-professionnelle où la population est la plus âgée.

Le recours des femmes en fonction de leur propre catégorie socio-professionnelle (Graphique 8B) varie significativement pour le recours global, le recours aux généralistes et aux spécialistes.

Précarité et santé

Praps

Au regard des types de recours, les gradients sociaux apparaissent très nettement chez les femmes, de façon décroissante pour le recours aux spécialistes (de 54% pour les cadres à 29% pour les ouvrières) et croissante pour le recours aux généralistes (de 46% pour les cadres à 81% pour les ouvrières). Par contre, le recours à l'hôpital ne varie pas en fonction des catégories sociales. S'agissant du recours global, le gradient social est restreint aux professions intermédiaires, aux employés et aux ouvriers.

05 Nombre annuel moyen de décès avant 65 ans par suicide, dans le Nord Pas-de-Calais, par département, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1996-1998

Source : INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès-CépiDc. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

06 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans par sexe et par cause, dans le Nord - Pas-de-Calais, par département, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1996-1998

Source : INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès-CépiDc. INSEE Rgp 1999. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Commentaire : La mortalité prématurée (avant 65 ans) est la mortalité qui concerne les personnes dont l'âge au décès est inférieur à la durée moyenne de vie de la population étudiée. Afin que les résultats demeurent comparables, cette durée de vie moyenne a été fixée à 65 ans, et cela quelle que soit la population prise en compte.

Le nombre annuel de décès est égal à la somme des décès entre 1996-1998, divisée par le nombre d'années de cette même période d'observation.

L'Indice Comparatif de Mortalité (ICM) a été élaboré afin de permettre de comparer, pour chaque sexe, la mortalité de différentes zones géographiques, sans tenir compte de la structure par âge de leur population. Cet indice est calculé en divisant le nombre de décès observés au sein d'une zone géographique par le nombre de décès calculés, en appliquant à la zone géographique concernée les taux de mortalité par âge de la population de référence (ici la France). Ainsi, un indice de 100 indique que la mortalité de la zone géographique est équivalente à celle de la France.

Pour les femmes de la région, le nombre annuel moyen de décès en 1996-1998 est supérieur de 8 à celui de 1995-1997 ; nous pouvons cependant parler de stabilité. Pour les hommes, en 1996-1998 ce nombre est en légère diminution (19) par rapport à 1995-1997. Ces différences sont principalement liées à la situation du département du Nord, puisque les résultats sont quasiment identiques entre 95-97 et 96-98 dans le département du Pas-de-Calais. Pour les hommes, on ne note pas de différence significative entre les communes concernées par la Politique de la Ville et le reste de la région.

07A Evolution du taux de chômage (en %), Nord - Pas-de-Calais versus France, de mars 1995 à mars 2000

07B Taux de chômage dans la région Nord - Pas-de-Calais, par sexe et par âge, mars 1999

07C Taux de chômage dans les villes concernées par la Politique de la Ville, par sexe, mars 1999 –

Cartes 09 et 10

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

Commentaire : Le taux de chômage peut être calculé selon plusieurs critères. L'INSEE utilise la base de calcul du Bureau International du Travail (BIT), pour lequel un chômeur est une personne en âge de travailler (15 ans ou plus), sans emploi, disponible dans les 15 jours, et qui cherche activement un emploi ou en a trouvé un qui commence ultérieurement. La différence régionale est invariablement identique depuis 1995 ; c'est-à-dire entre 3,5 à 3,9% supérieure à la moyenne nationale, et ce dans les courbes ascendantes de 1995 à 1997, ou descendantes depuis 1997. Hommes et femmes suivent la même tendance descendante entre 15 et 55 ans puis affichent une remontée de 55 à 59 ans ; sachant que l'âge de la retraite en France est variable (de 50 à 60 ans selon les corps de métier).

Il existe quelques disparités selon les arrondissements. Le chômage des femmes est globalement plus élevé que celui des hommes, excepté dans l'arrondissement de Douai et Calais où ils sont à quasi égalité. Le seul arrondissement où le taux de chômage des femmes est inférieur à celui des hommes est l'arrondissement de Lille (Cartes 5 et 6). C'est dans les arrondissements les plus en difficulté que le taux d'activité est le plus faible (sud de la région).

Le taux de chômage dans la région est inversement proportionnelle à l'âge, et dans toutes les tranches d'âge. Nous observons une chute de la courbe de 15 à 39 ans, puis une légère stabilité entre 45 et 54 ans. Le taux de chômage est plus élevé pour les 15-24 ans (25,2 %) que pour les 55-59 ans (9,5 %). L'écart homme/femme varie selon l'âge. Plus l'âge des demandeurs d'emploi augmente, plus l'écart homme/femme diminue (les jeunes femmes de 15-19 ans sont 9% plus nombreuses que les jeunes hommes du même âge ; alors qu'elles ne sont plus que 2% de plus de 55 à 59 ans). A 60 ans, l'écart homme/femme disparaît. Il est intéressant de constater dans le Graphique 7C, que cet écart homme/femme est persistant dans les sites de la Politique de la Ville. Il l'est également dans le reste de la région, mais de façon moins significative. De manière globale, les demandeurs d'emplois dans les communes concernées par la Politique de la Ville représentent 22 % de la population active contre 13,5 % dans le reste de la région.

Précarité et santé

Praps

08 Pourcentage de la population bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle (CMU) de base et complémentaire, Nord – Pas-de-Calais versus France, au 31 décembre 2000

Source : DREES 2000. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Commentaire : La Couverture Maladie Universelle, mise en place depuis le 1^{er} janvier 2000 pour les personnes résidant en France, garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie. Par ailleurs, elle fournit aux personnes dont les revenus sont les plus faibles une protection complémentaire accompagnée d'une dispense d'avance de frais. Ces deux volets de la réforme sont distincts, puisque l'un porte sur la couverture de base par un régime obligatoire, alors que l'autre concerne la couverture complémentaire des plus défavorisés. Au 31 décembre 2000, 1,119 millions de bénéficiaires du régime général de sécurité sociale sont affiliés à la CMU de base, et 4,735 millions de personnes bénéficient de la CMU complémentaire.

En 2000, près de 4,7 milliards de francs ont été remboursés par le régime général au titre de la CMU complémentaire dont 12,51 % pour le Nord - Pas-de-Calais. Dans la région, 41,1 % des affiliés à la CMU de base et 45,2 % à la CMU complémentaire ont moins de 20 ans. Le pourcentage de bénéficiaires de la CMU de base est homogène en France, dans la région, dans le Nord et dans le Pas-de-Calais. Par contre, en ce qui concerne la CMU complémentaire, le nombre de bénéficiaires dans Nord - Pas-de-Calais est de 4 % supérieur à celui de la France. Ces 4 points ont déjà été observés dans la comparaison du taux de chômage. Au 30 juin 2000, les trois quarts des affiliés à la CMU de base étaient RMistes.

09 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement **Cartes 14, 15**

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Méthodologie : Nous avons utilisé les données du système d'information mis en place par le Comité régional des politiques de santé, à partir du dépouillement des fiches soumises lors des appels à projet et des informations recueillies lors de l'instruction des projets par les groupes de suivi des PRS et le Comité de gestion des Programmes Régionaux de Santé (données 2001 mises à jour le 11 octobre 2001 et données 2000 mises à jour le 27 septembre 2000). Les actions analysées sont celles retenues pour un financement dans le cadre des Programmes Régionaux de Santé. Pour chaque analyse, nous avons présenté la répartition en % du nombre total d'actions et en % du financement total des actions.

Commentaire : Parmi les 85 actions sélectionnées, 37,6 % (25,4 % du financement total) ont pour objectif de faire en sorte que les personnes en situation de précarité soient actrices de leur propre santé, 8,2 % (17,8 % du financement) de faire en

sorte que les personnes en situation de précarité aient les moyens de se soigner et 8,2 % (14,6 % du financement) de faire en sorte que la souffrance psychique liée à la précarité soit reconnue et prise en compte.

10 Répartition par type de porteur d'actions du nombre d'actions et de leur financement

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Commentaire : 61,2 % des actions (67,7 % du financement) sont portées par des associations, 16,5 % (12,8 % du financement) par des collectivités territoriales et 5,9 % (5,9 % du financement) par des organismes de protection sociale.

11 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Commentaire : 69,4 % des actions (73,1 % du financement) concernent le département du Nord et 28,2 % (19,8 % du financement) le département du Pas-de-Calais. 2,4 % des actions (avec 7,1 % du financement) concernent l'ensemble de la région.

12 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Méthodologie : On a considéré que l'action était locale si le territoire concerné était au plus un seul arrondissement, les autres actions étant considérées comme départementales ou, si au moins un arrondissement de chaque département était concerné, comme régionales. D'autre part, on a cartographié pour chaque arrondissement le nombre d'actions selon le PRS, selon le type d'action, selon le type de porteur. Pour chaque arrondissement, on a comptabilisé le nombre d'actions le concernant (certaines actions visant plusieurs arrondissement sont donc comptées plusieurs fois).

Commentaire : 92,9 % des actions (88,0 % du financement) visent un territoire local, 4,7 % (4,9 % du financement) un territoire départemental et 2,4 % (avec 7,1 % du financement) la région.

13 Répartition du financement des actions (en %) par financeur

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Commentaire : le PRAPS est financé par l'État (60,5 % du financement), l'Agence Régionale d'Hospitalisation (11,0 %), les Conseils Généraux du Nord (9,5 %) et du Pas-de-Calais (7,3 %), le Conseil Régional Nord - Pas-de-Calais (5,7 %) et l'Assurance Maladie (5,9 %).

01 Situation

Départements, arrondissements et sites "Politique de la Ville"

02 Le Nord – Pas-de-Calais

Population totale et de moins de 25 ans, par arrondissement, en 1999

03 Grossesse chez les mineures

Enfants nés de mères âgées de moins de 18 ans en 2000

04 Consultations prénatales

Naissances ayant été précédées de 7 consultations, en 2000

05 Allaitement maternel

Naissances suivies d'un allaitement maternel, en 2000

06 PRS Génération Santé 2000-2025 (Santé des Enfants et des Jeunes)

Nombre d'actions et taux pour 1 000 000 habitants, en 2001

07 PRS Génération Santé 2000-2025 (Santé des Enfants et des Jeunes)

Evolution du nombre d'actions et taux pour 1 000 000 habitants, en 2001

08 Précarité

Allocataires en situation difficile, en 1999

09 Chômage

Taux de chômage et effectif, par sexe, en 1999

10 Activité et chômage

Taux d'activité et taux de chômage

11 Urgences

SATU¹, UPATOU² et POSU³ cardiologiques, en 2000

12 Mortalité prématurée par suicides, 1996-1998, hommes

13 Mortalité prématurée par suicides, 1996-1998, femmes

14 PRS Santé et Précarité (Praps)

Nombre d'actions et taux pour 1 000 000 habitants, entre 2000 et 2001

15 PRS Santé et Précarité (Praps)

Evolution du nombre d'actions pour 1 000 000 habitants, entre 2000 et 2001

16 Mortalité prématurée toutes causes, 1996-1998, hommes

17 Mortalité prématurée toutes causes, 1996-1998, femmes

18 Mortalité prématurée par tumeurs des bronches, de la plèvre et du poumon, 1996-1998, hommes

¹ Services d'Accueil et de Traitement des Urgences.

² Unités de Proximité, d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences.

³ POles Spécialisés d'accueil des Urgences.

Atlas

19 Mortalité prématurée par tumeurs des bronches, de la plèvre et du poumon, 1996-1998, femmes

20 Mortalité prématurée par cirrhoses et psychose alcooliques, 1996-1998, hommes

21 Mortalité prématurée par cirrhoses et psychose alcooliques, 1996-1998, femmes

22 Mortalité prématurée par tumeurs des Voies aéro-digestives supérieures, 1996-1998, hommes

23 PRS Conduites de consommation à risques
Nombre d'actions et taux pour 1 000 000 habitants, en 2001

24 PRS Conduites de consommation à risques
Evolution du nombre d'actions pour 1 000 000 habitants, entre 2000 et 2001

25 Mortalité prématurée par tumeurs du sein, 1996-1998, femmes

26 PRS Challenge (Cancers)
Nombre d'actions et taux pour 1 000 000 habitants, en 2001

27 PRS Challenge (Cancers)
Evolution du nombre d'actions pour 1 000 000 habitants, entre 2000 et 2001

28 Mortalité prématurée par cardiopathies ischémiques, 1996-1998, hommes

29 Mortalité prématurée par cardiopathies ischémiques, 1996-1998, femmes

30 PRS Santé cardiovasculaire
Nombre d'actions et taux pour 1 000 000 habitants, entre 2000 et 2001

31 PRS Santé cardiovasculaire
Evolution du nombre d'actions pour 1 000 000 habitants, entre 2000 et 2001

32 Bilan des PRS par type d'action
Nombre d'actions 2001 et taux global pour 1 000 000 habitants

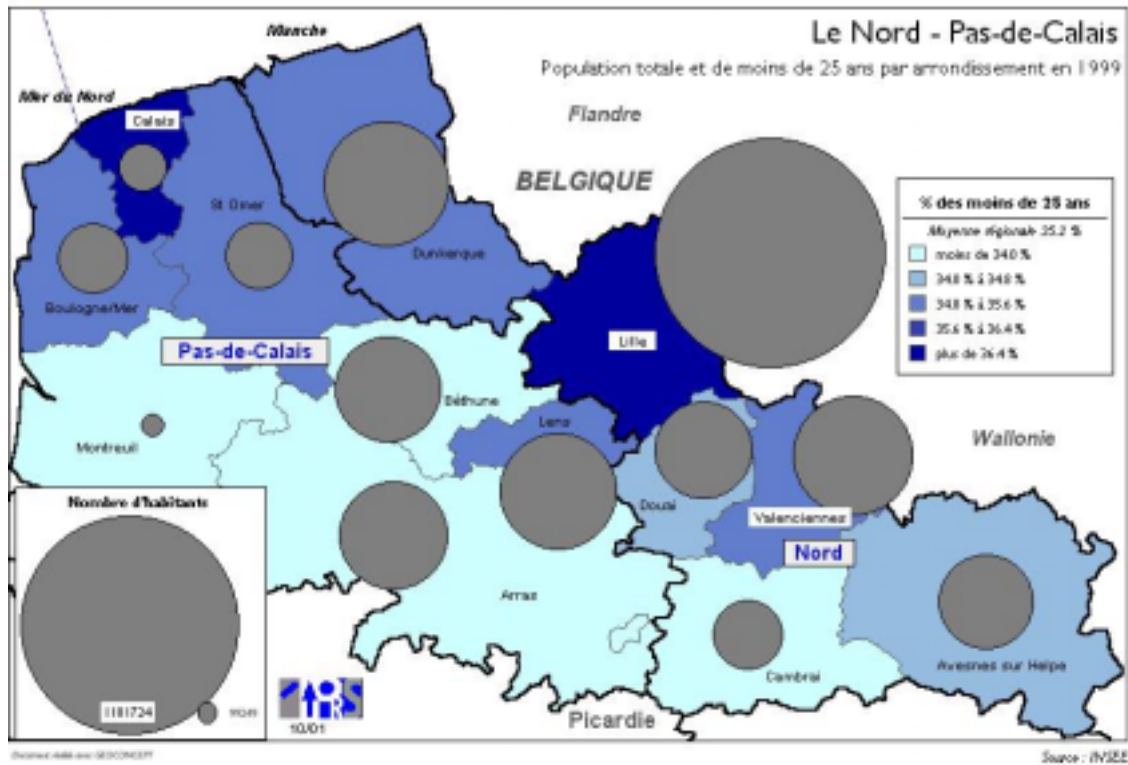
33 Bilan des PRS par porteur
Nombre d'actions et taux global pour 1 000 000 habitants, en 2001

34 Bilan des PRS par porteur
Nombre d'actions 2001 et taux global de progression pour 1 000 000 habitants, en 2000-2001

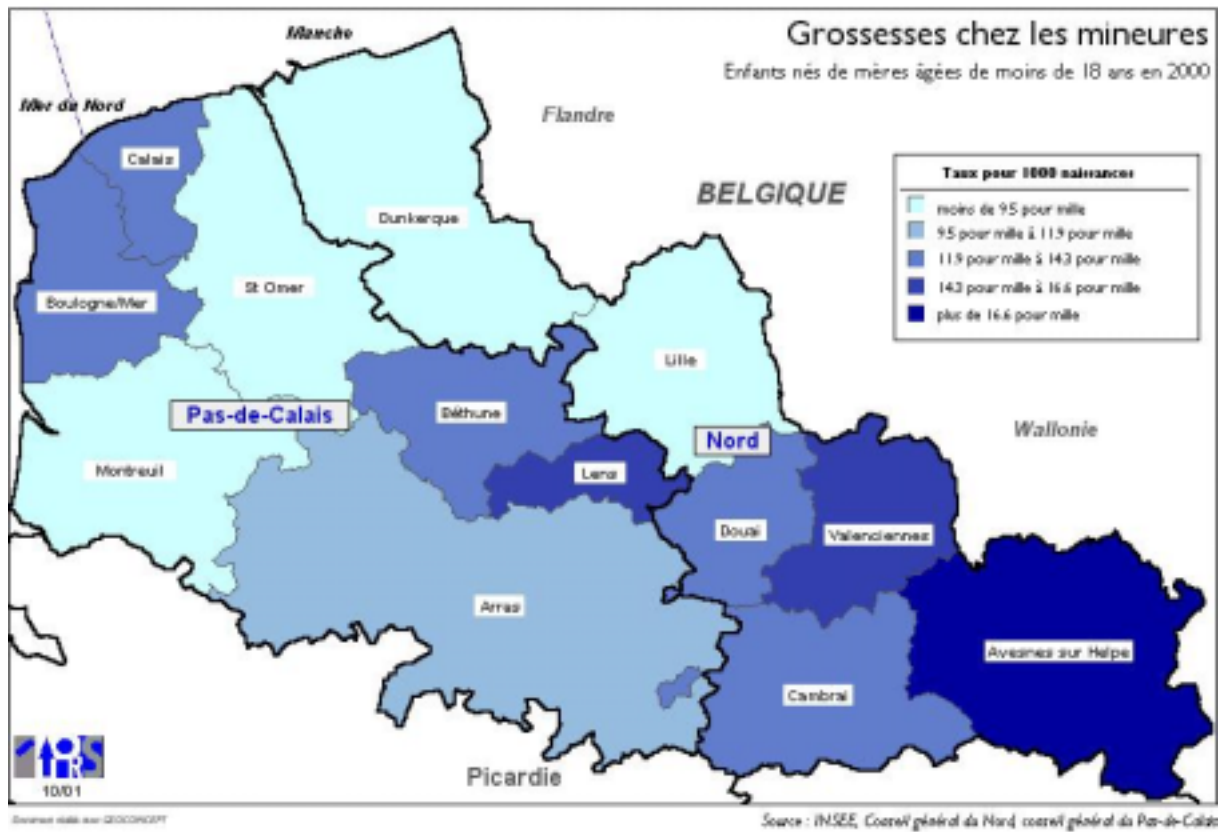
35 Bilan des PRS
Nombre d'actions par PRS en 2001 et taux global pour 1 000 000 habitants

36 Bilan global des PRS
Nombre d'actions et taux pour 1 000 000 habitants, en 2001
Projets non retenus et projets acceptés

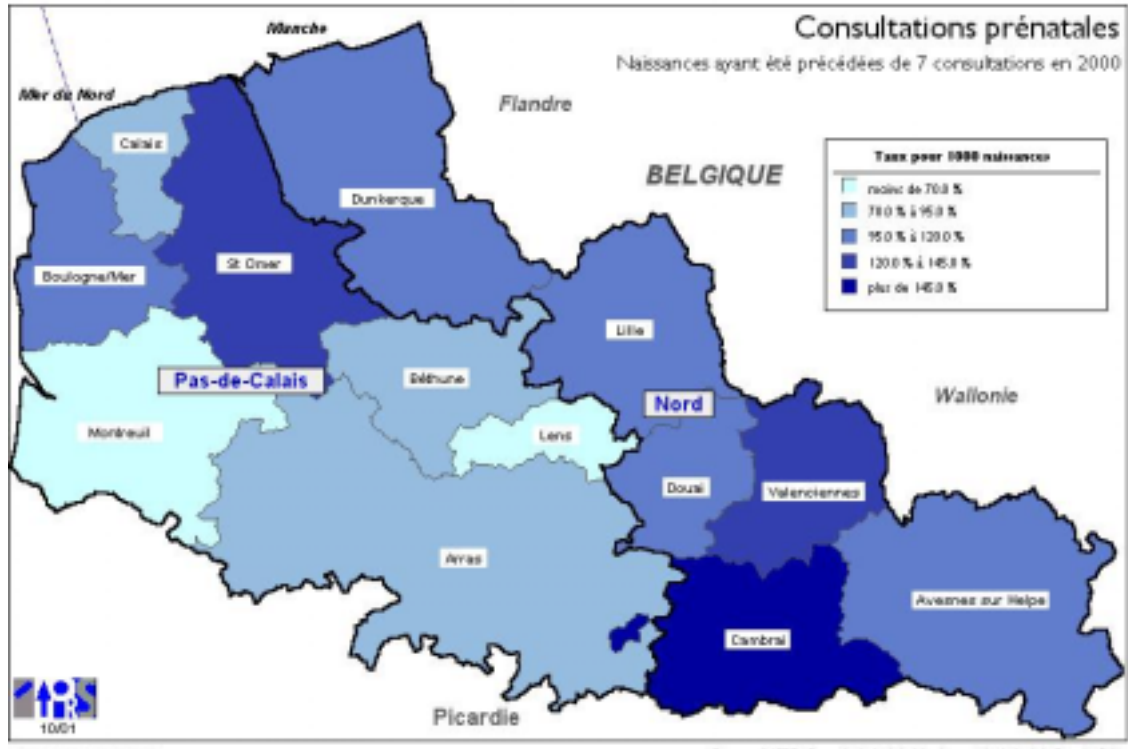
02



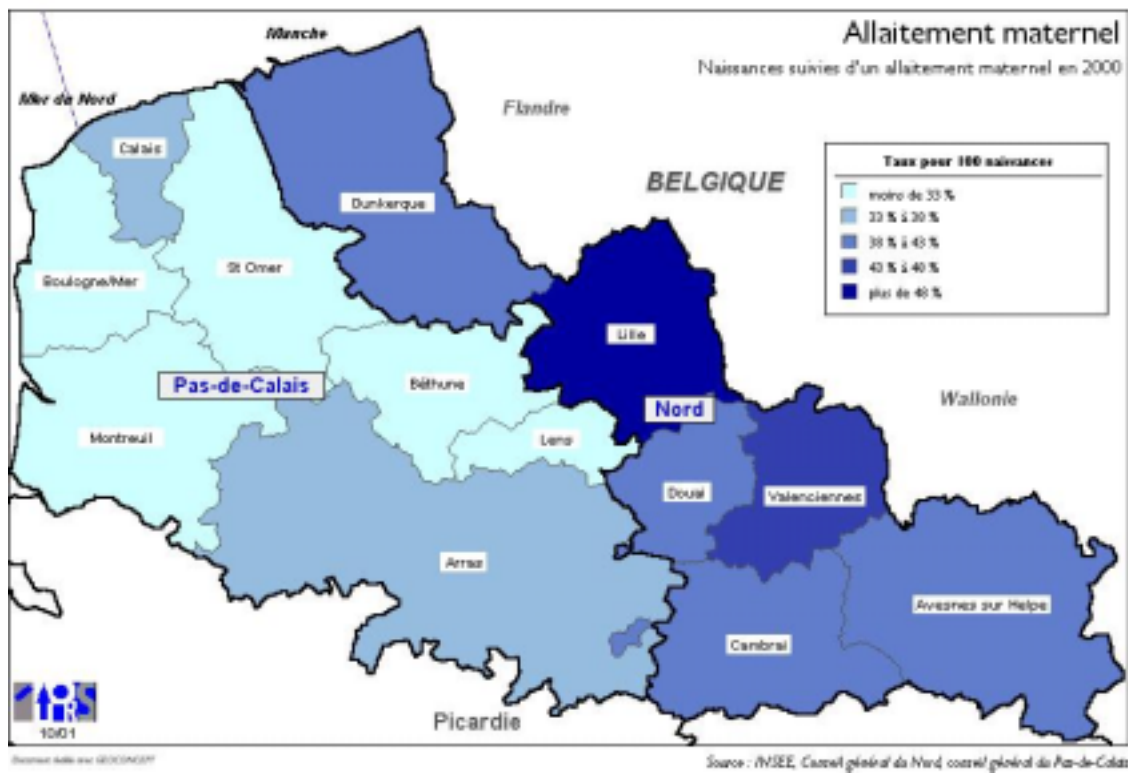
03



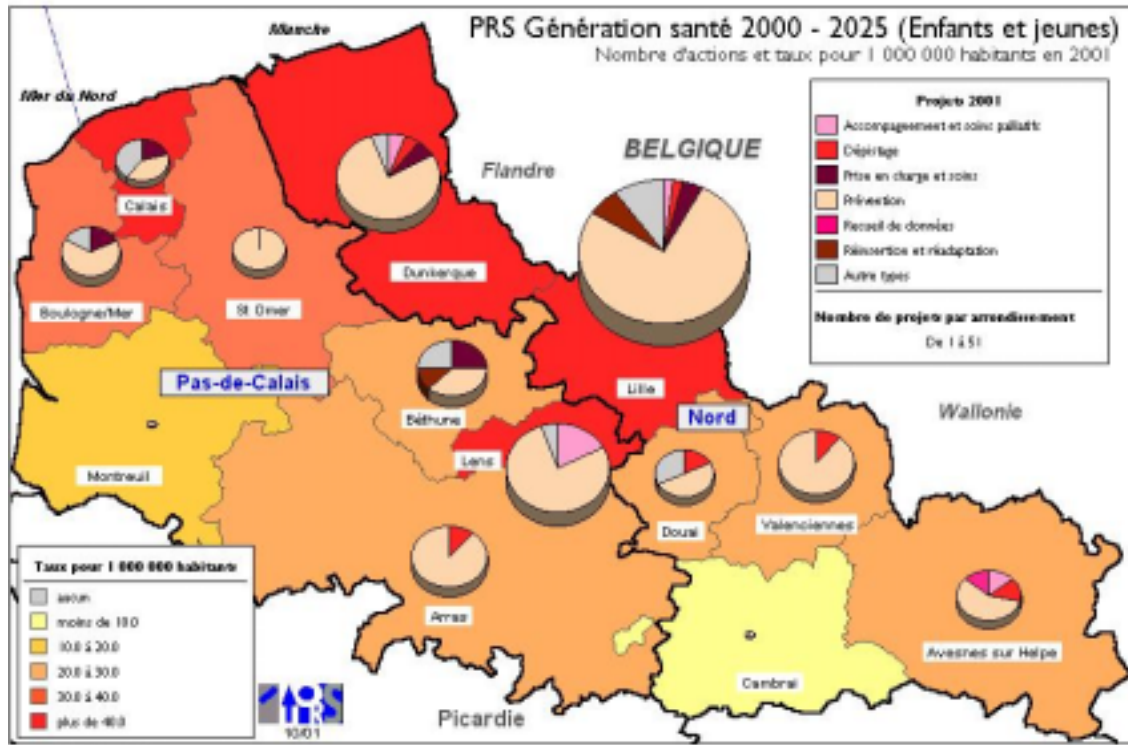
04



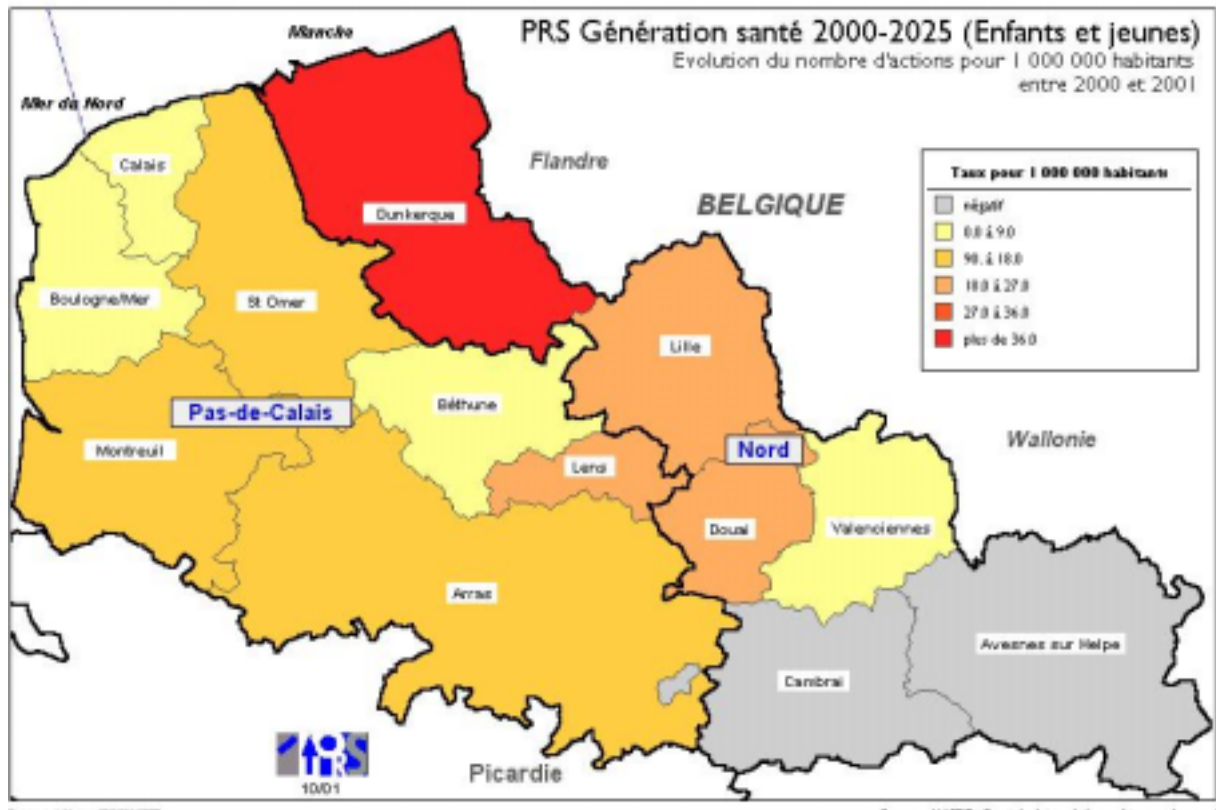
05



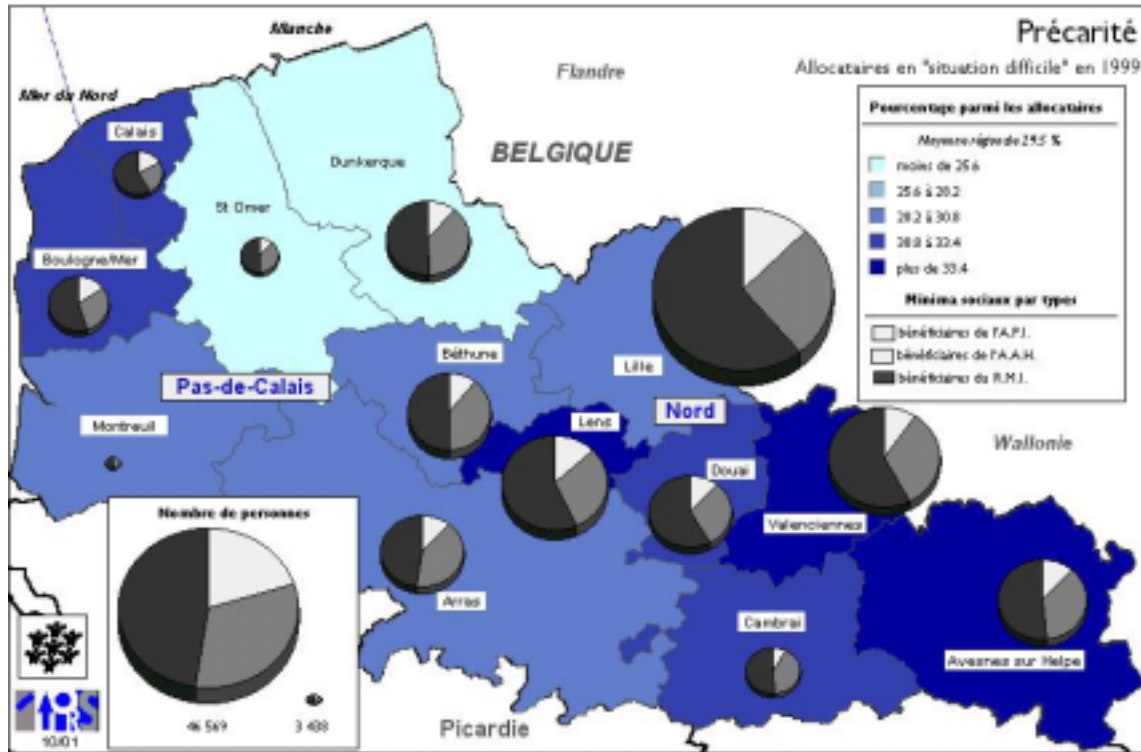
06



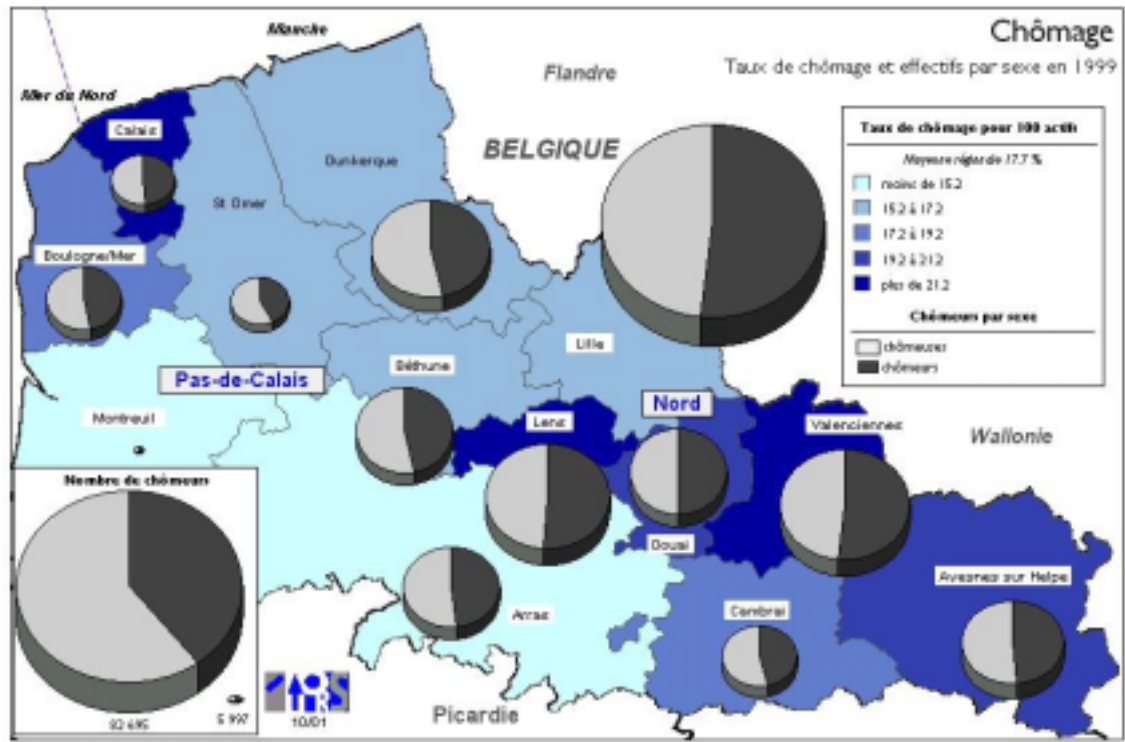
07



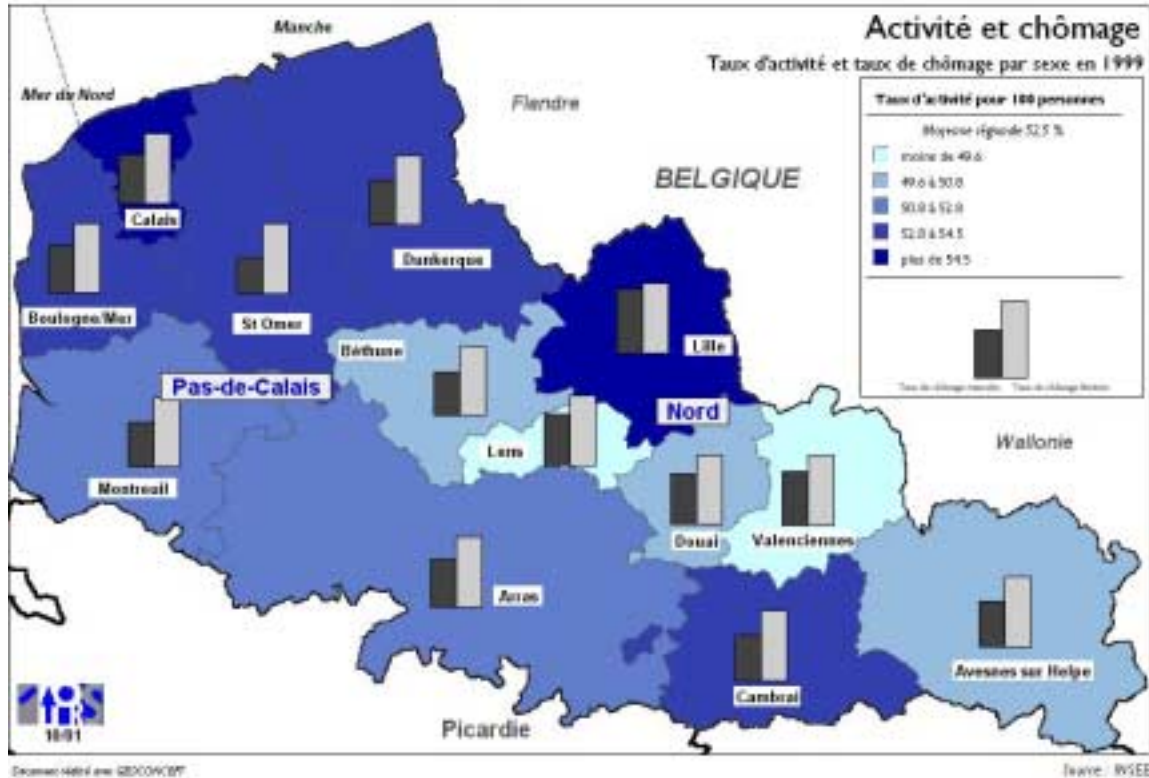
08



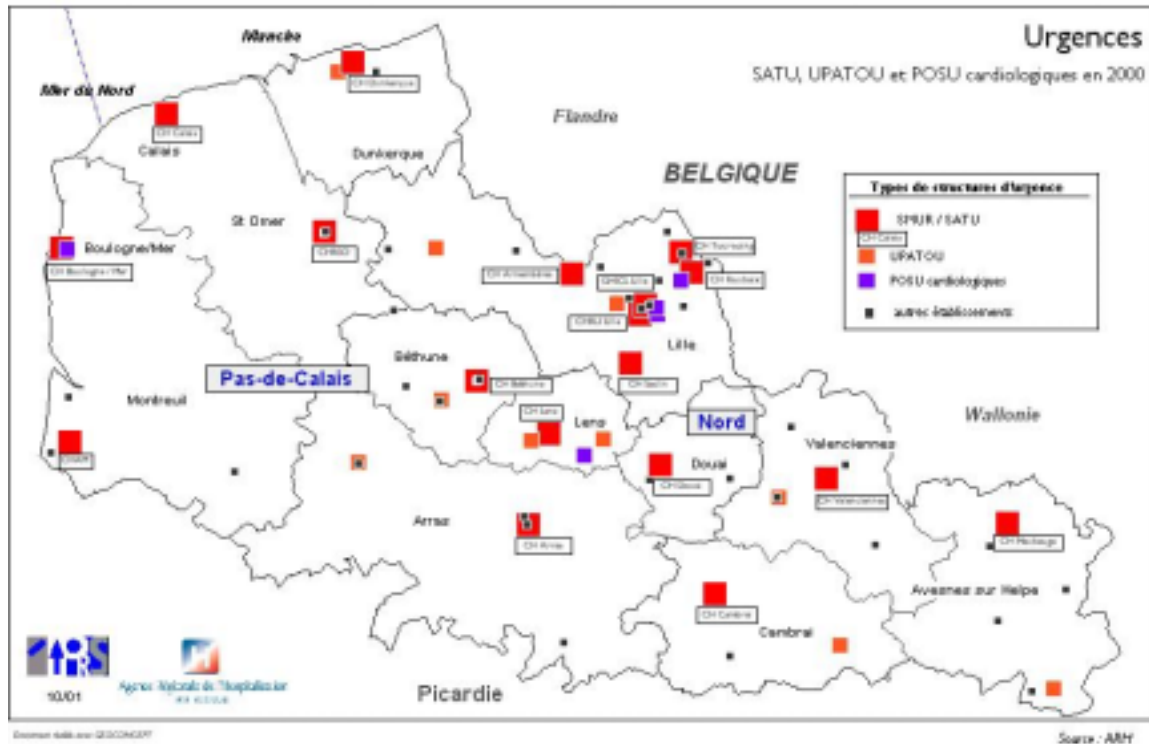
09

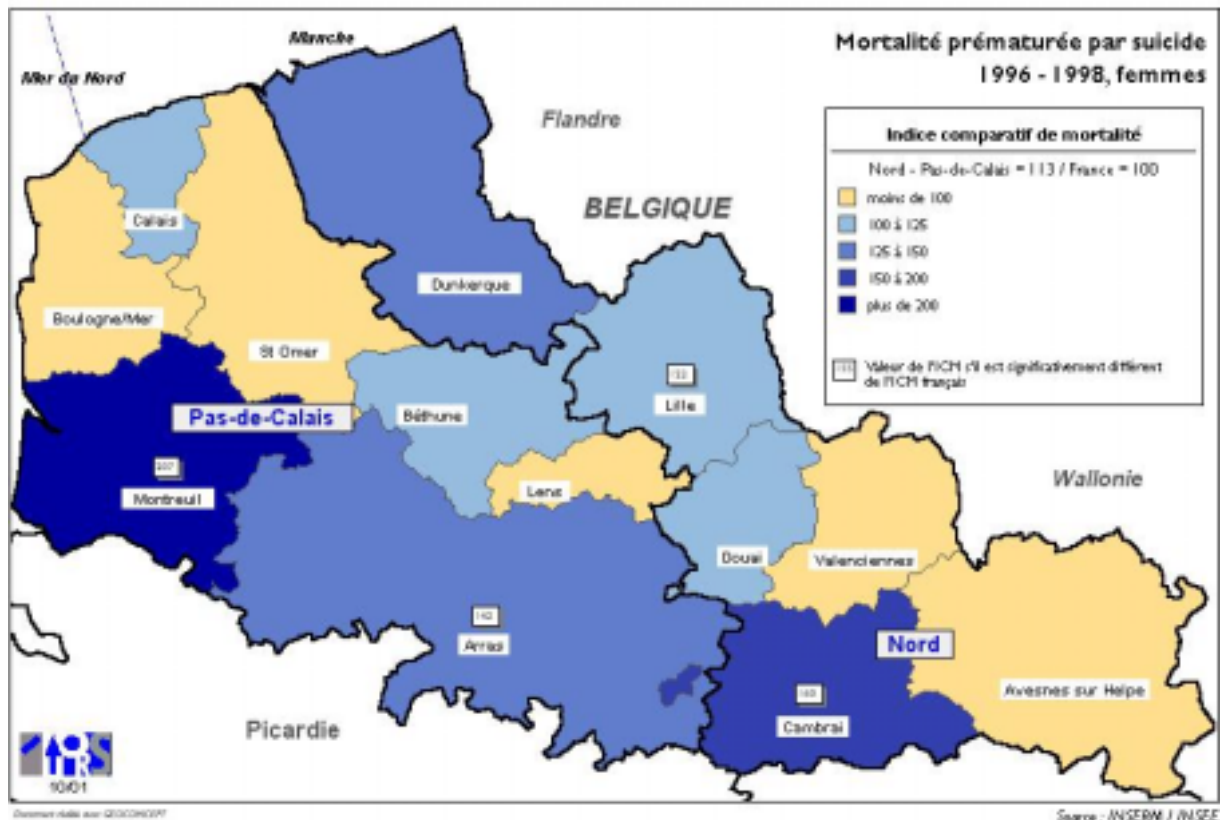


10

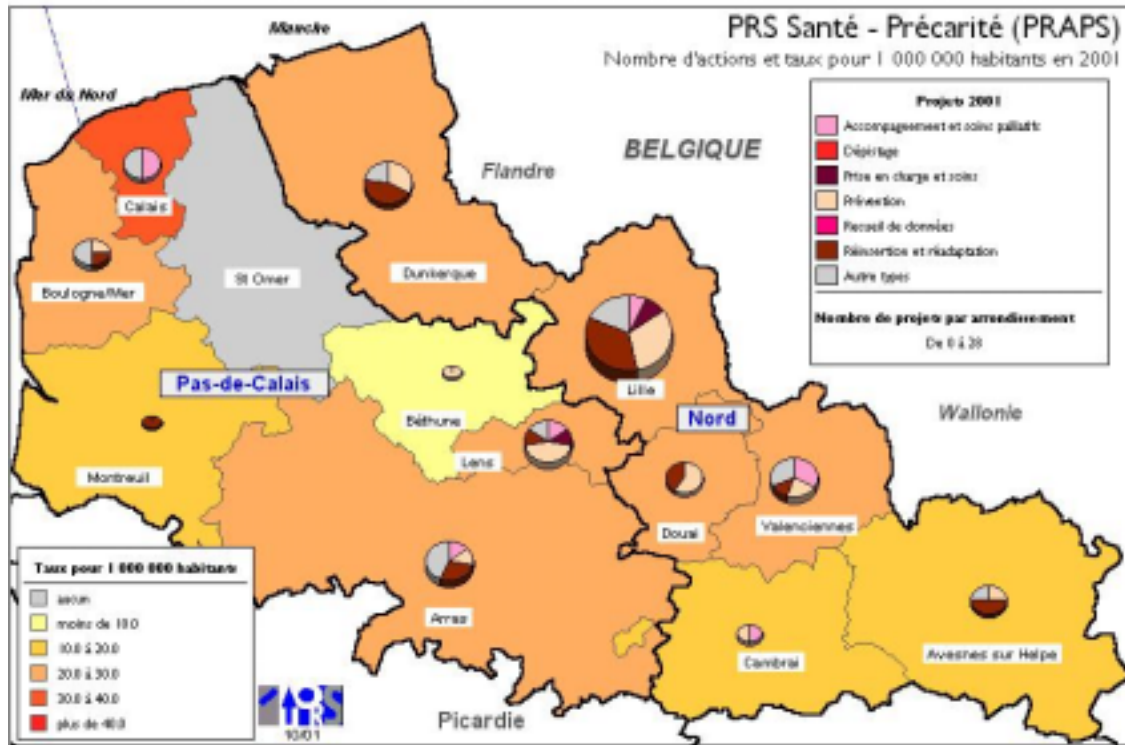


11

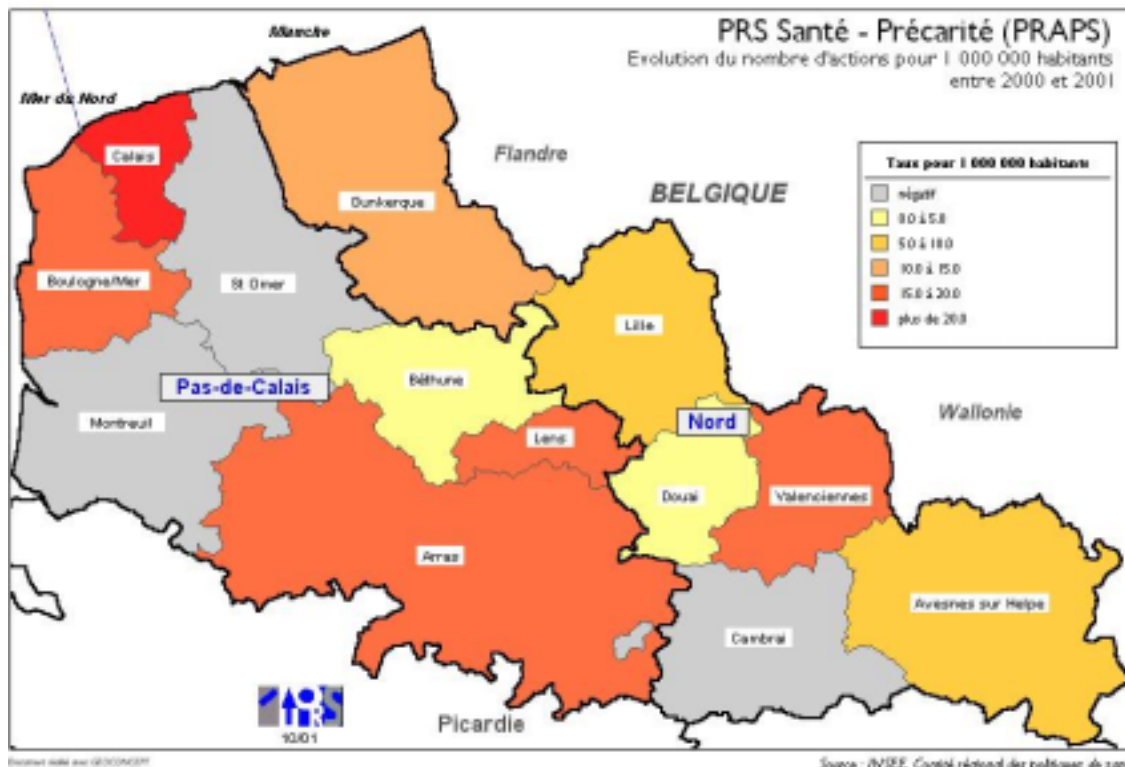


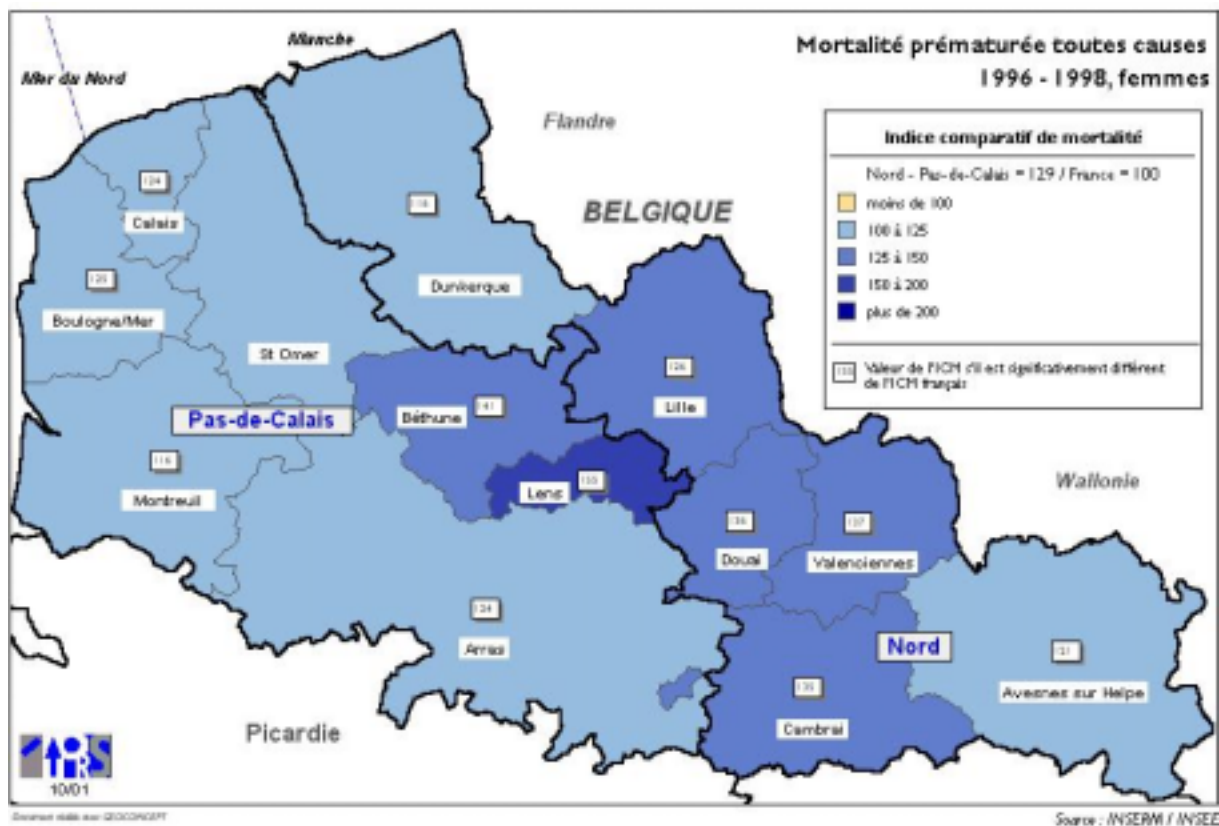
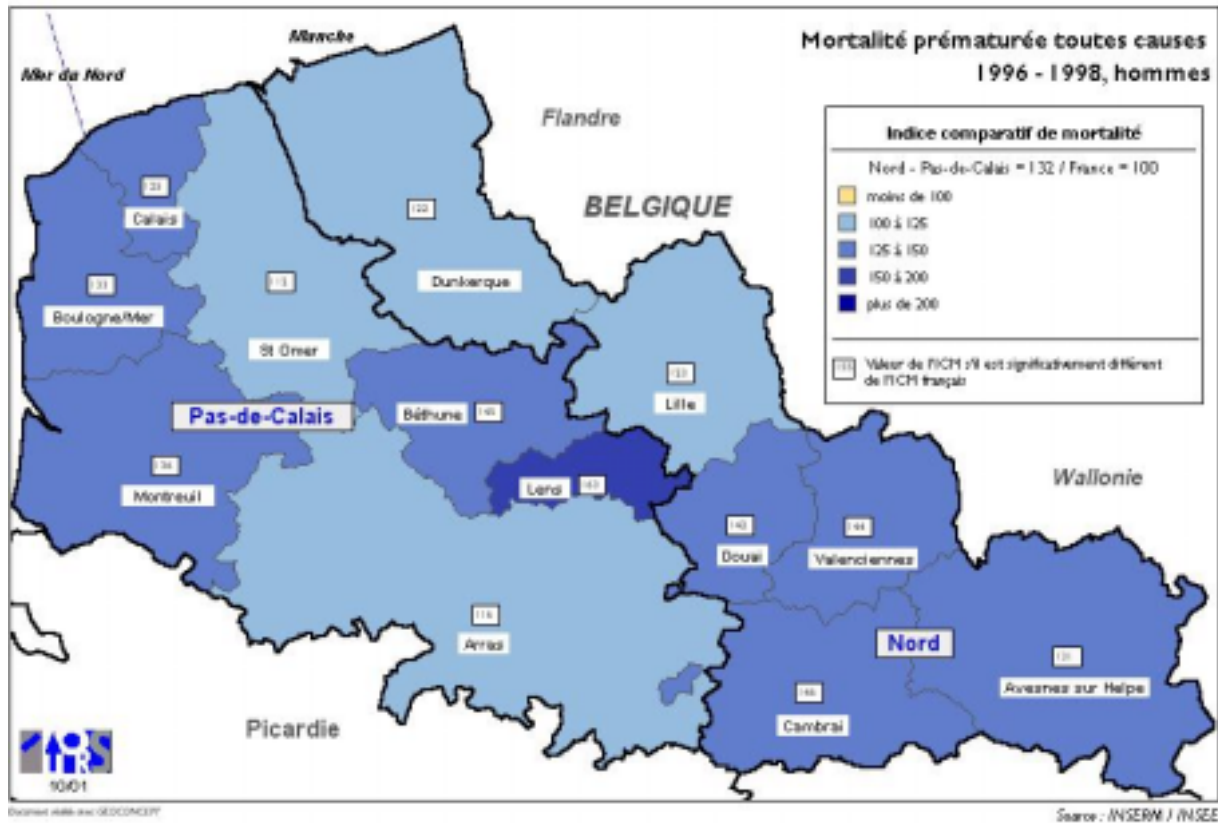


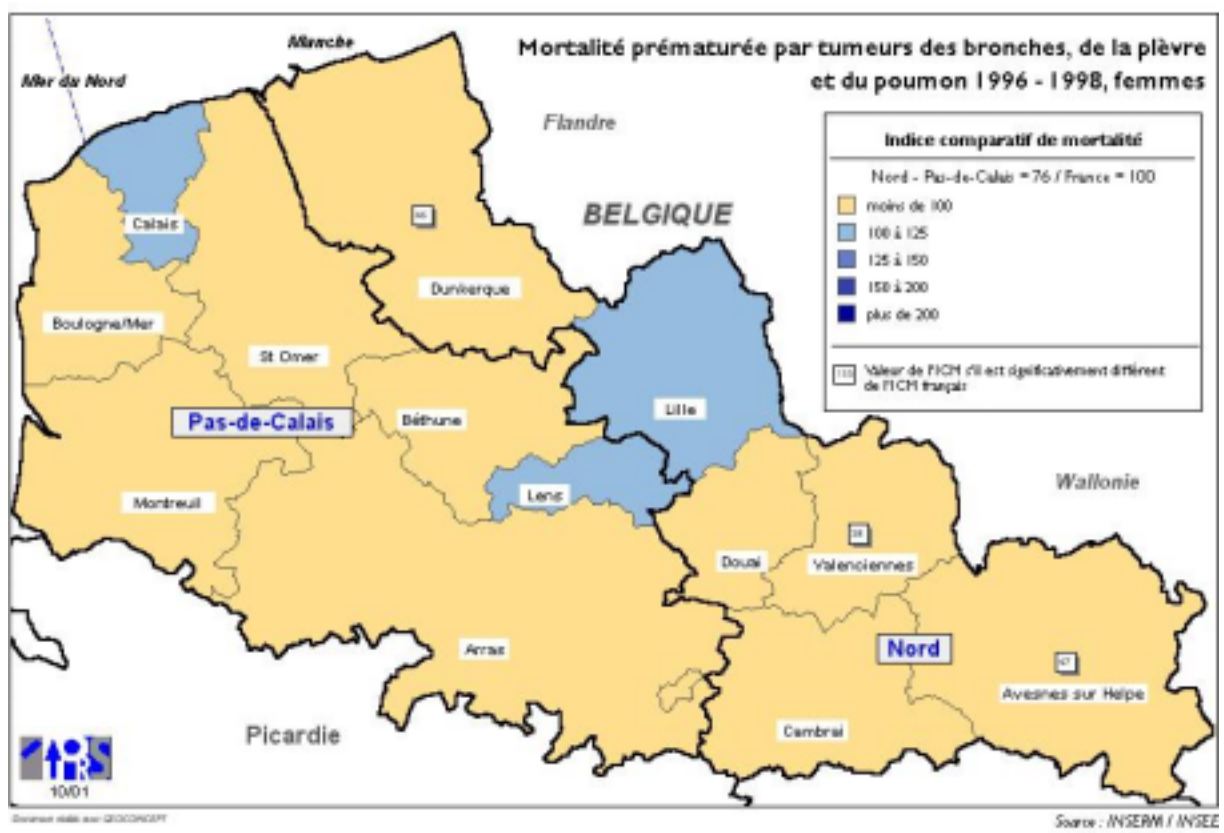
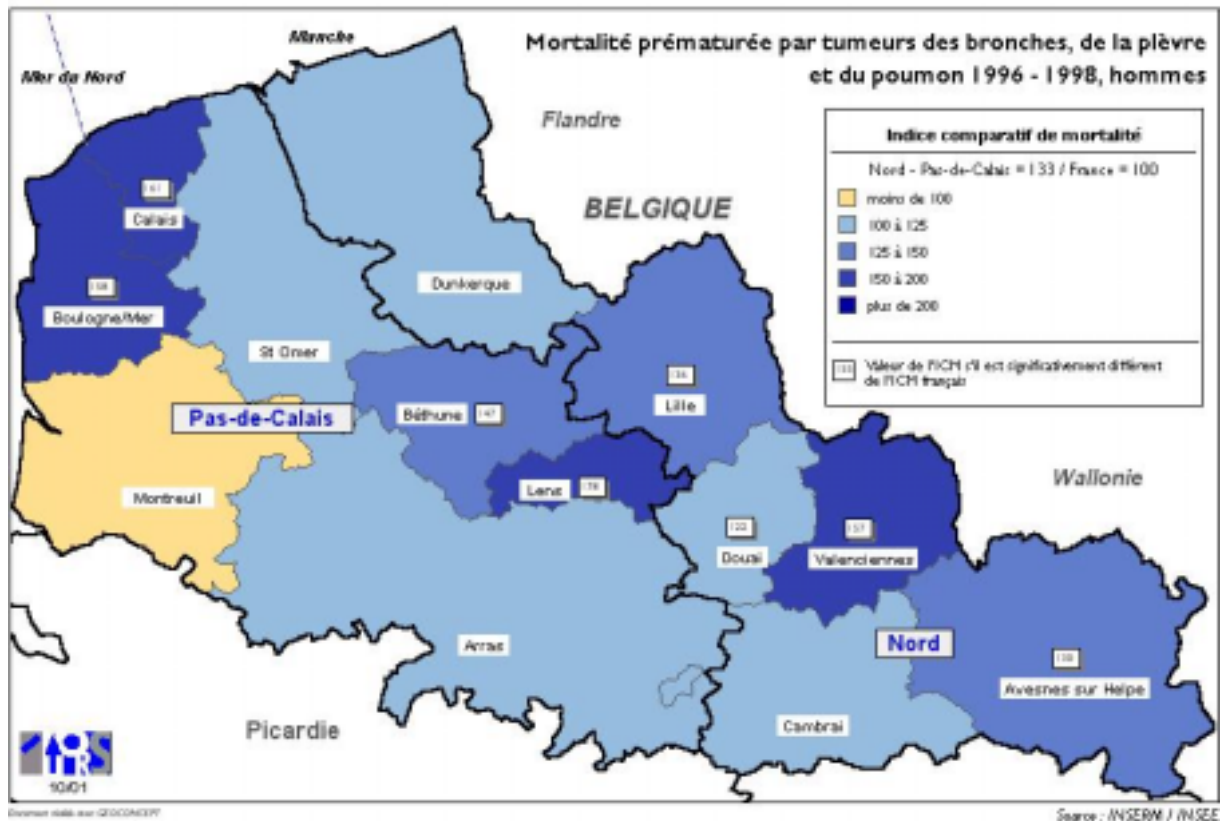
14

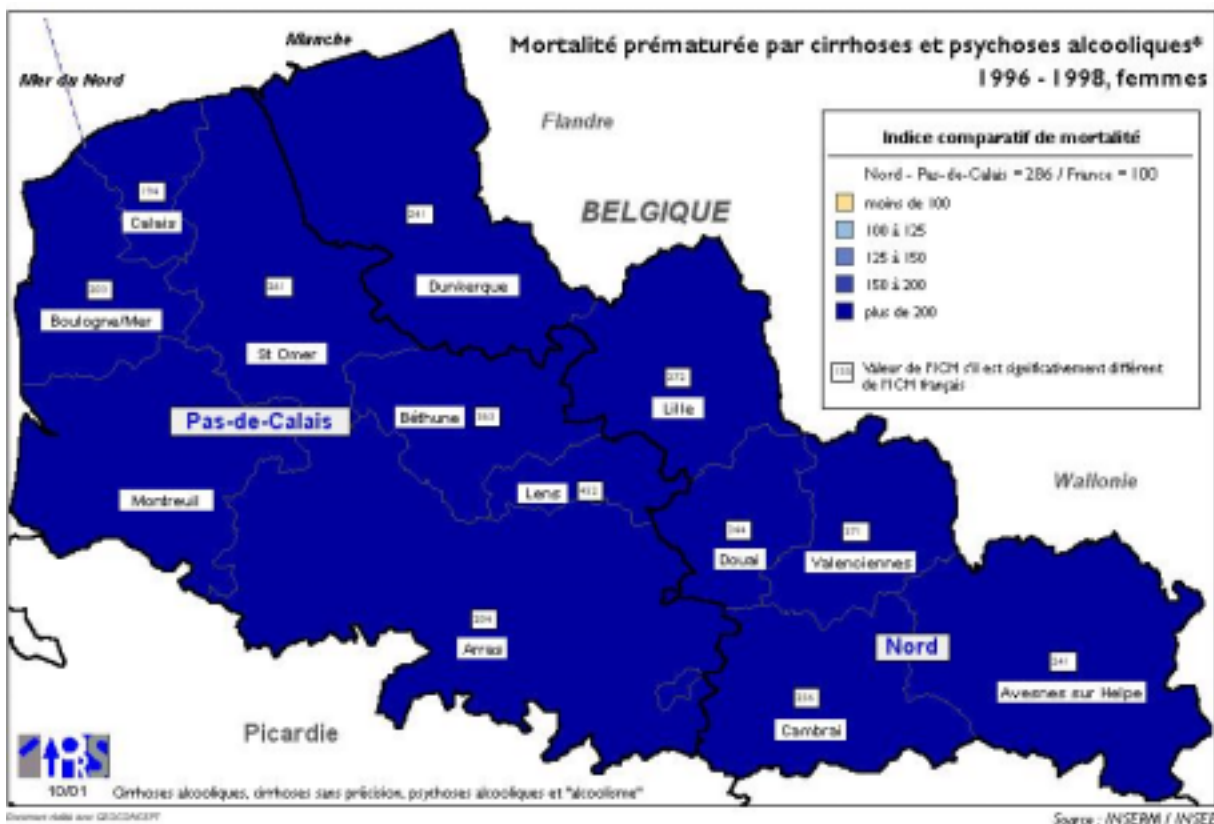
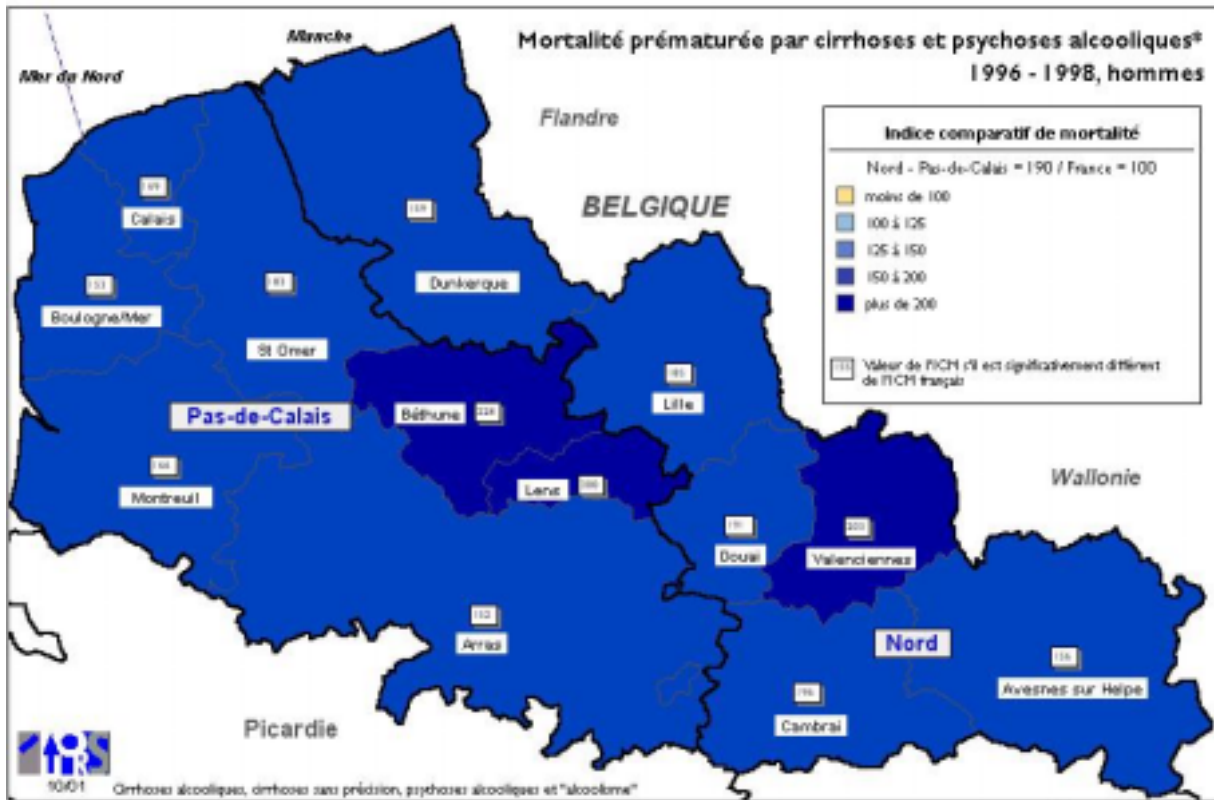


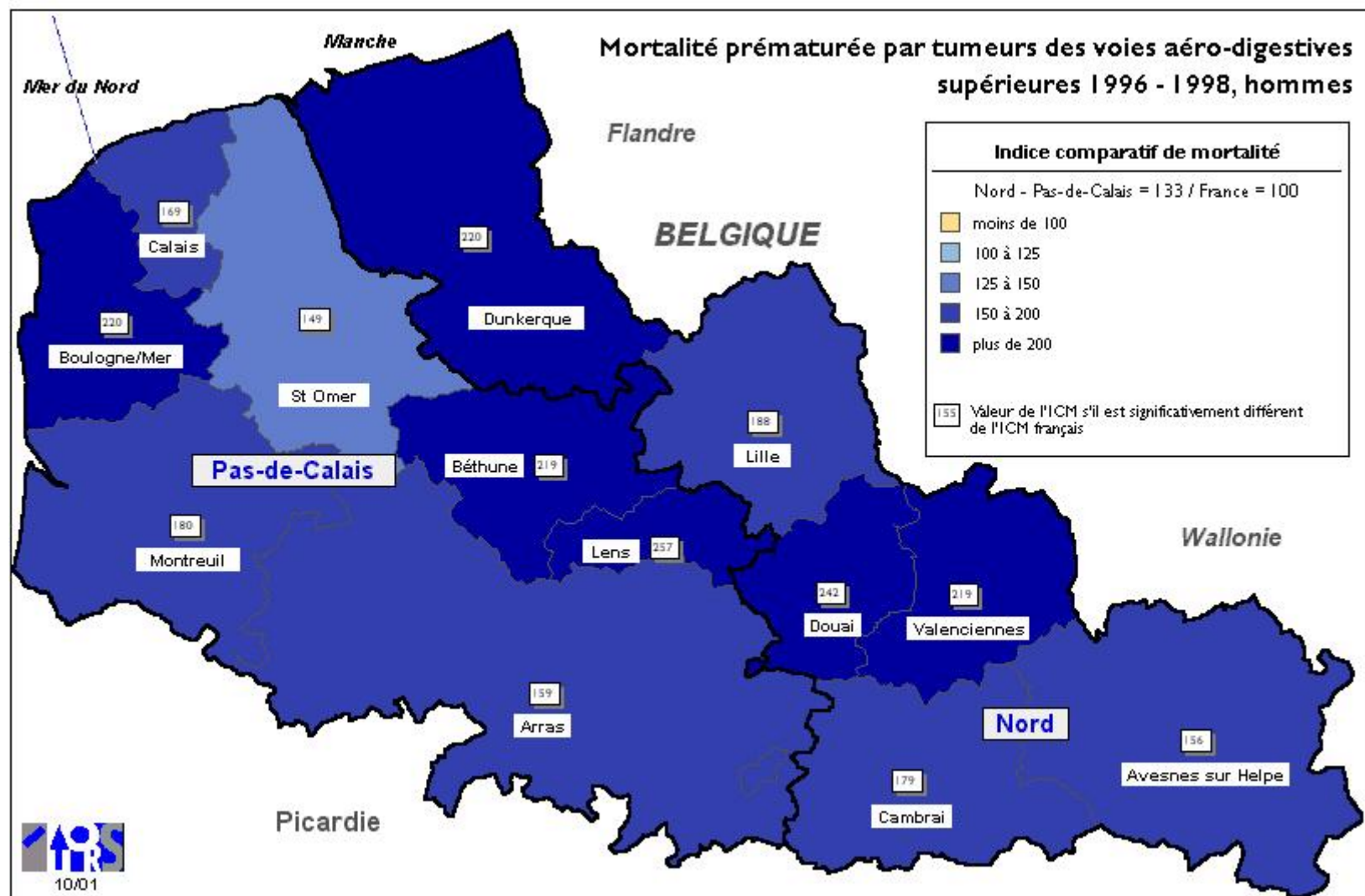
15

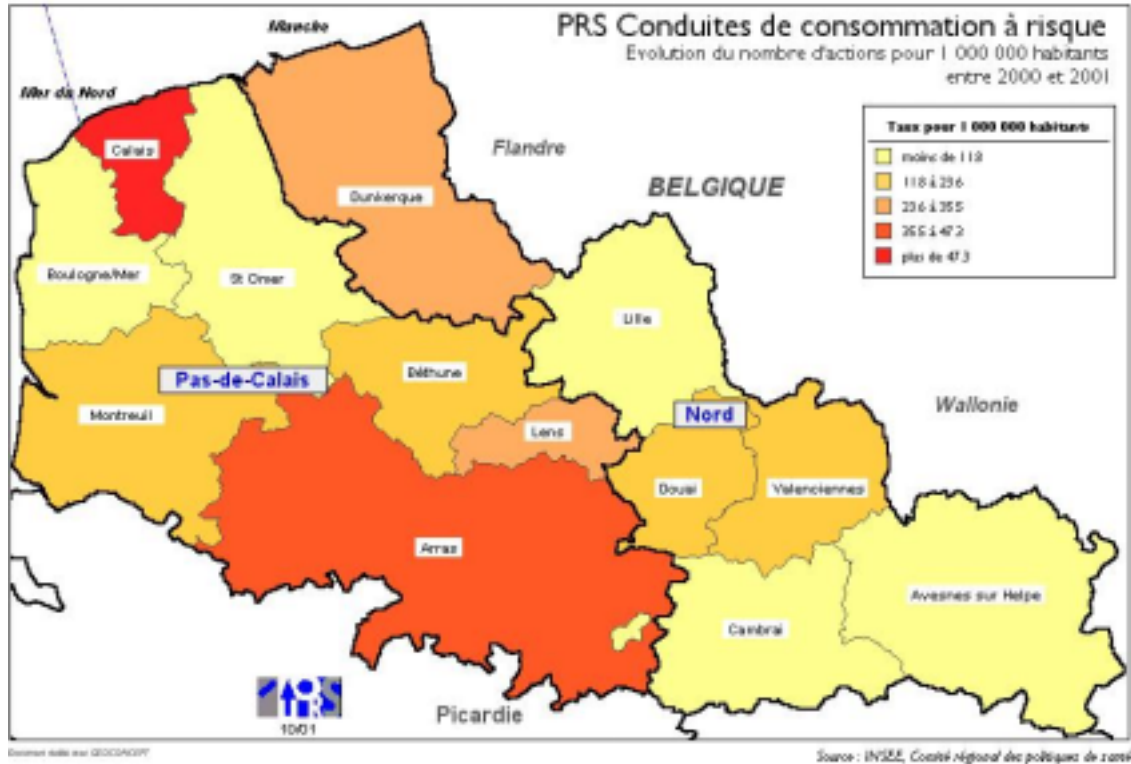
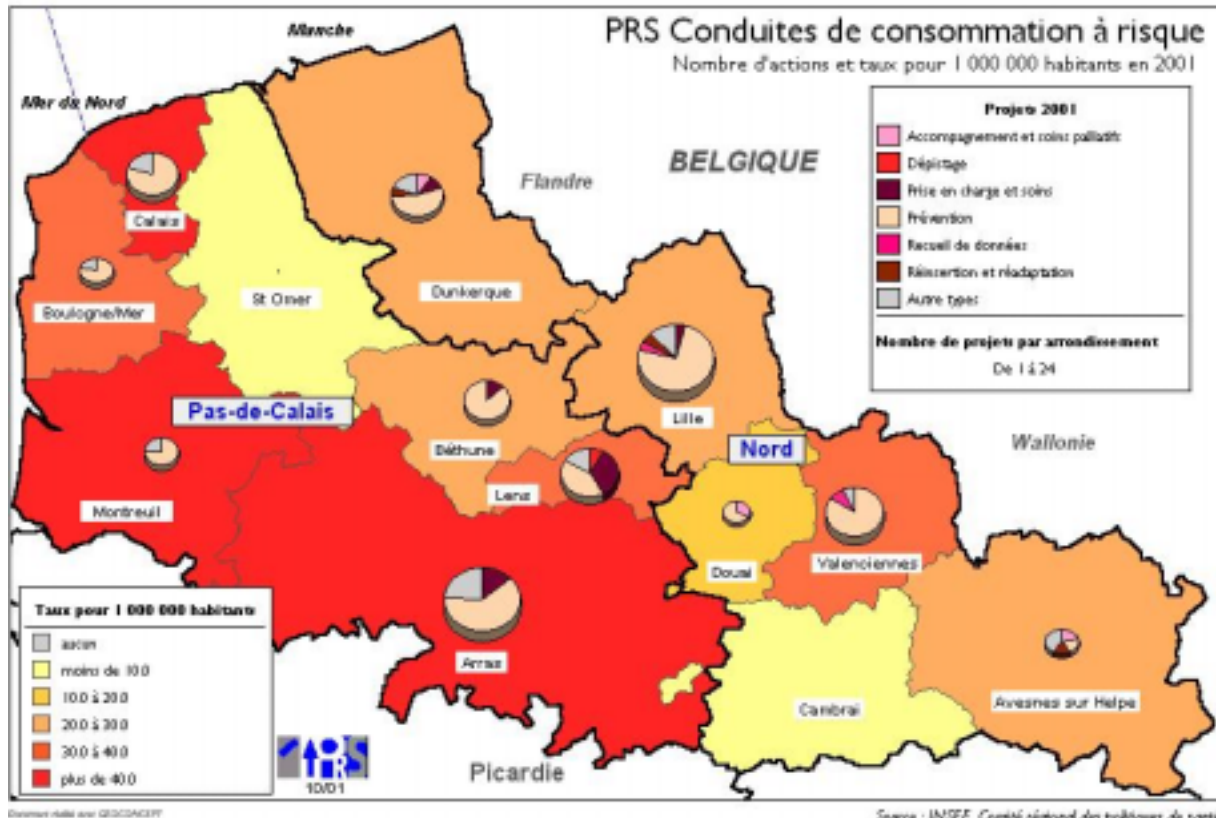




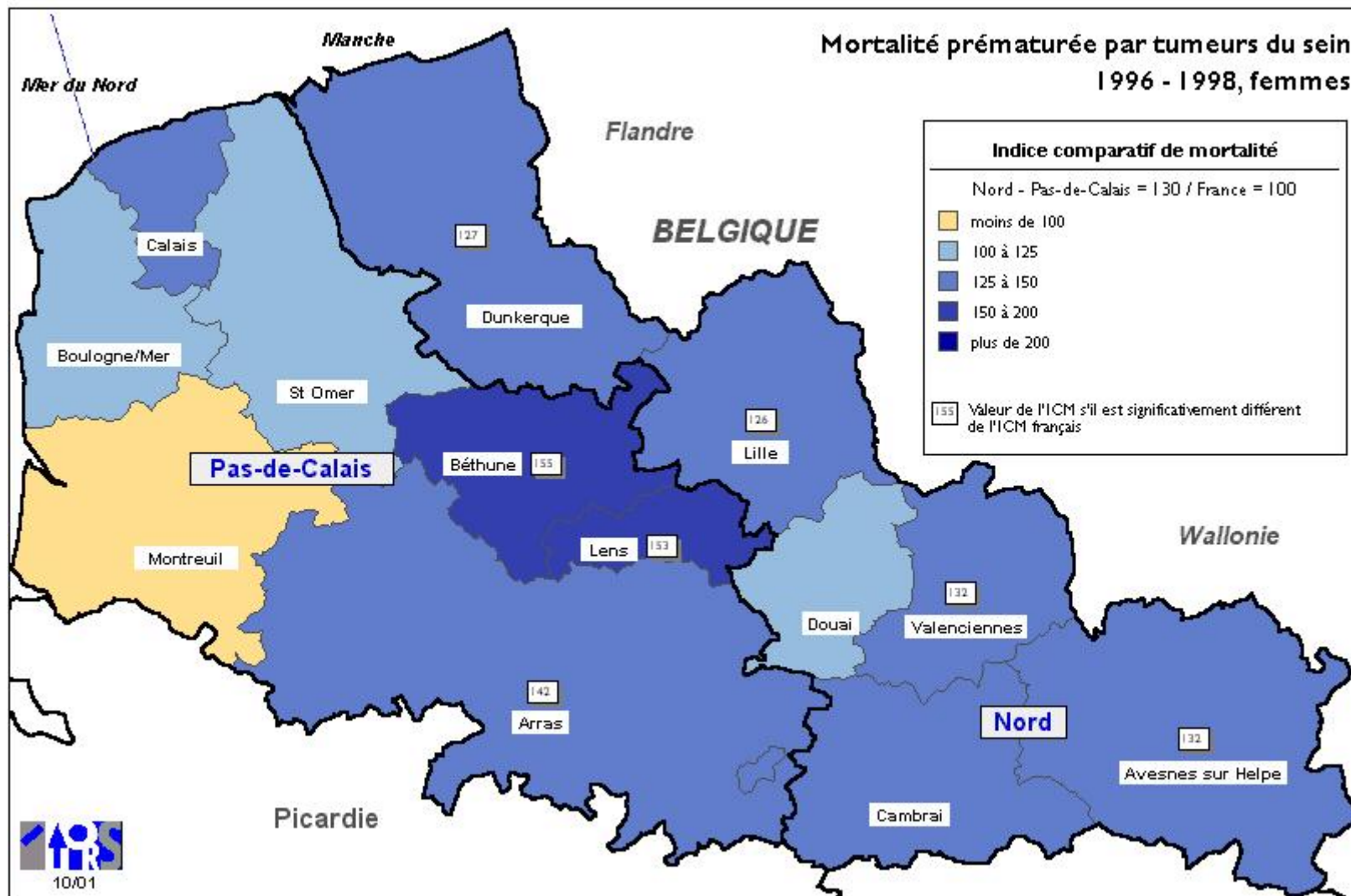






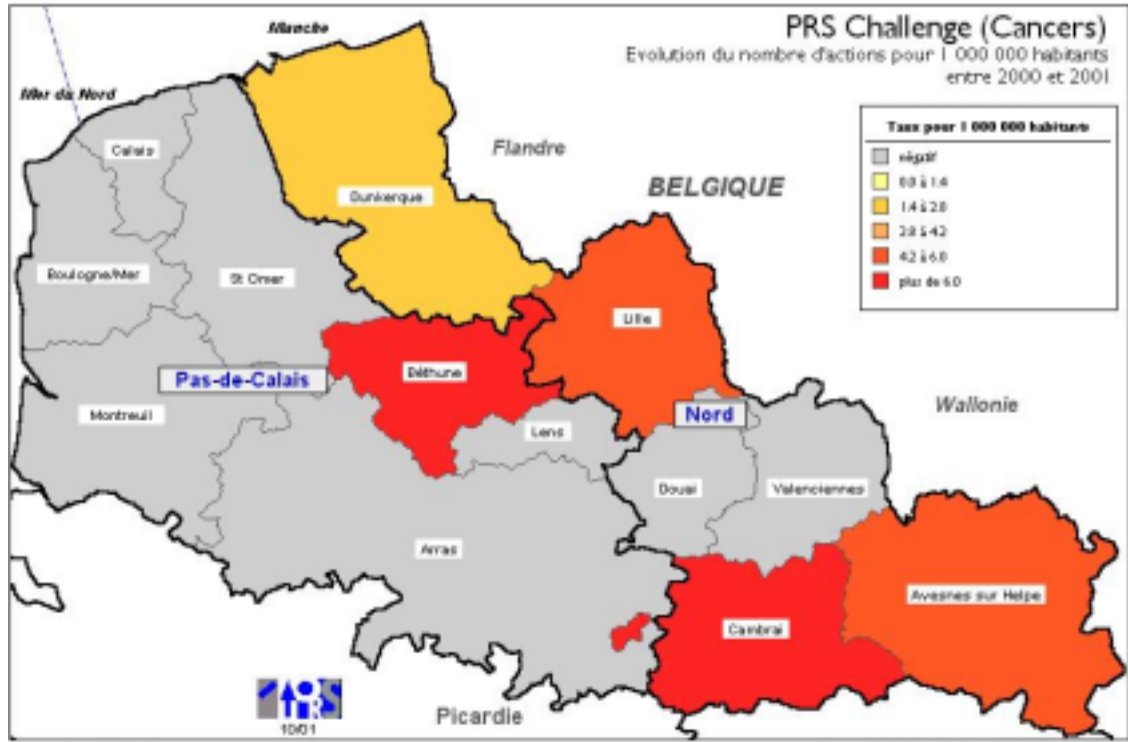


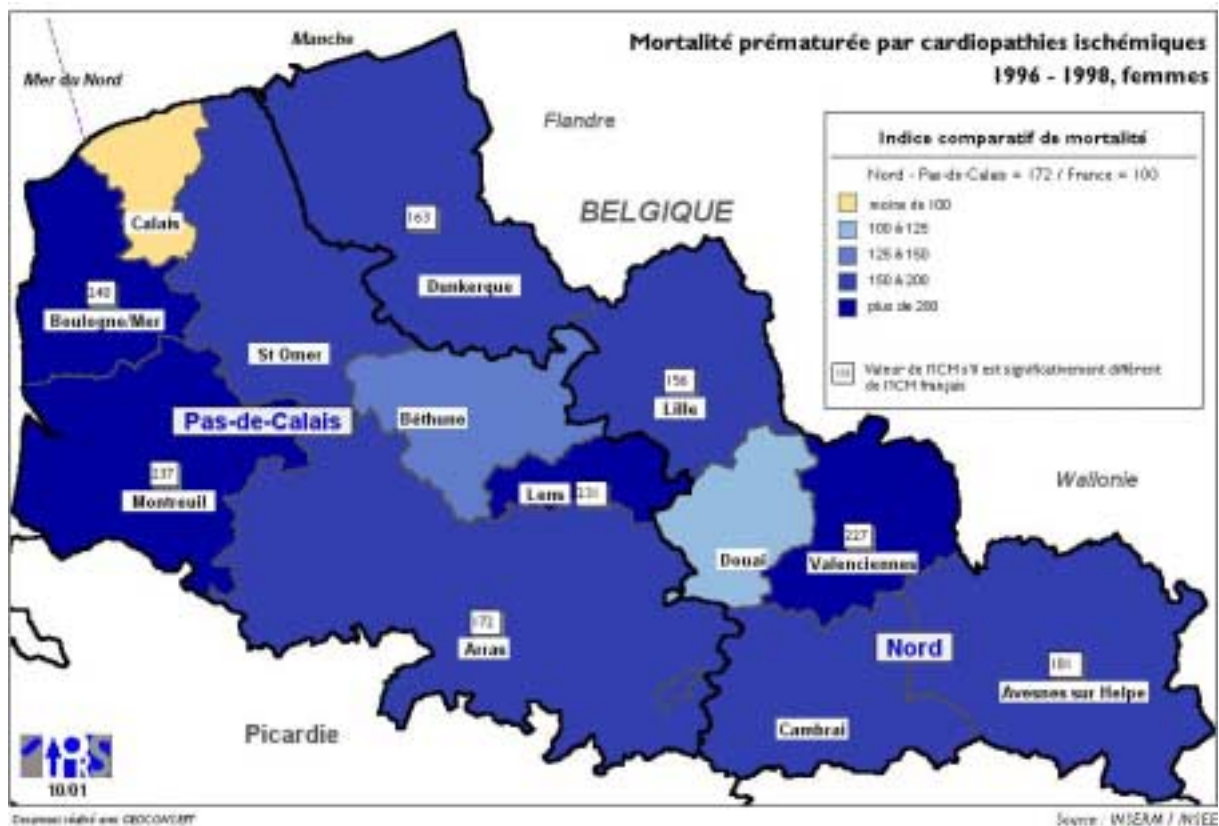
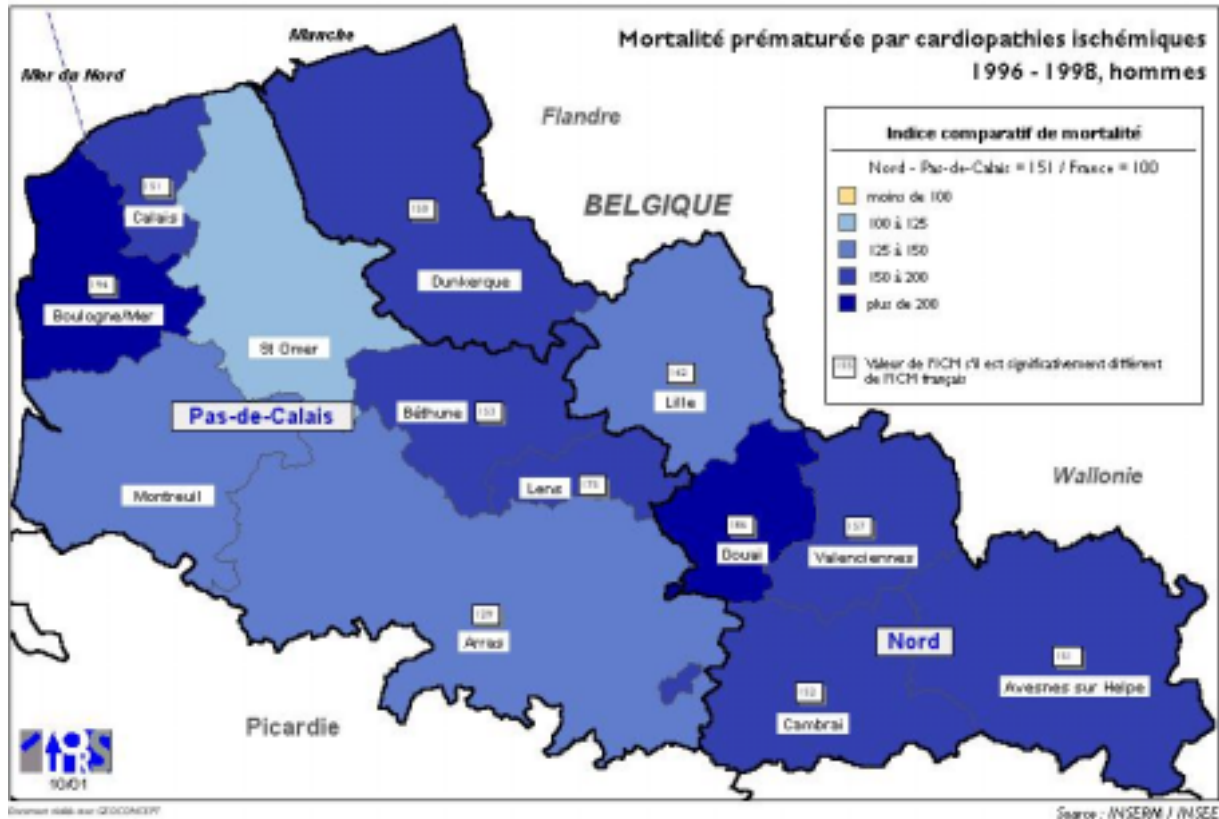
Mortalité prématurée par tumeurs du sein
1996 - 1998, femmes



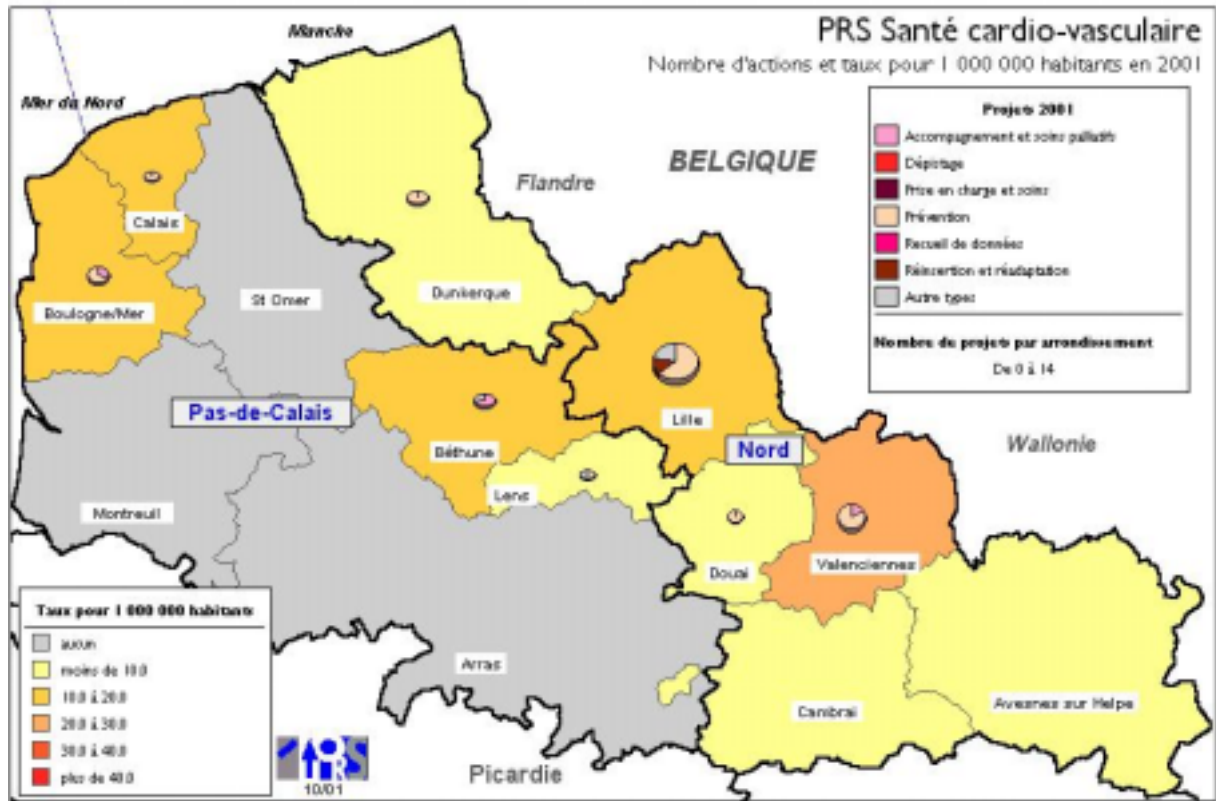
Document réalisé avec GEOCONCEPT

Source : INSERM / INSEE

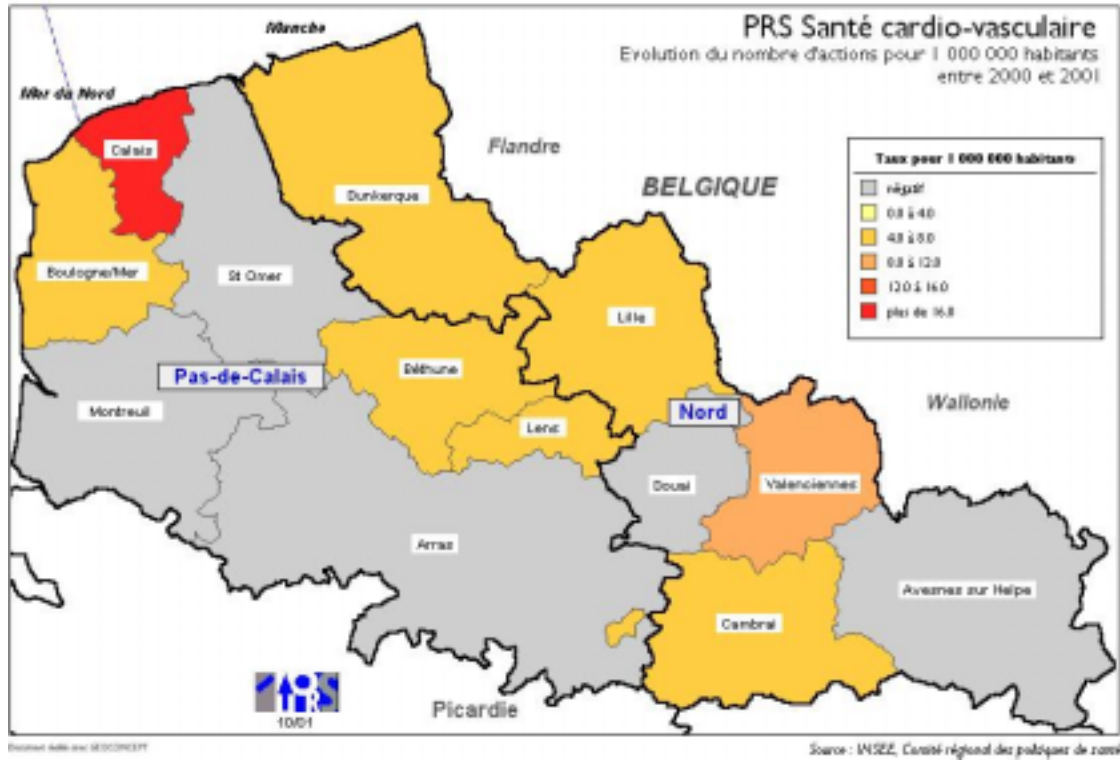


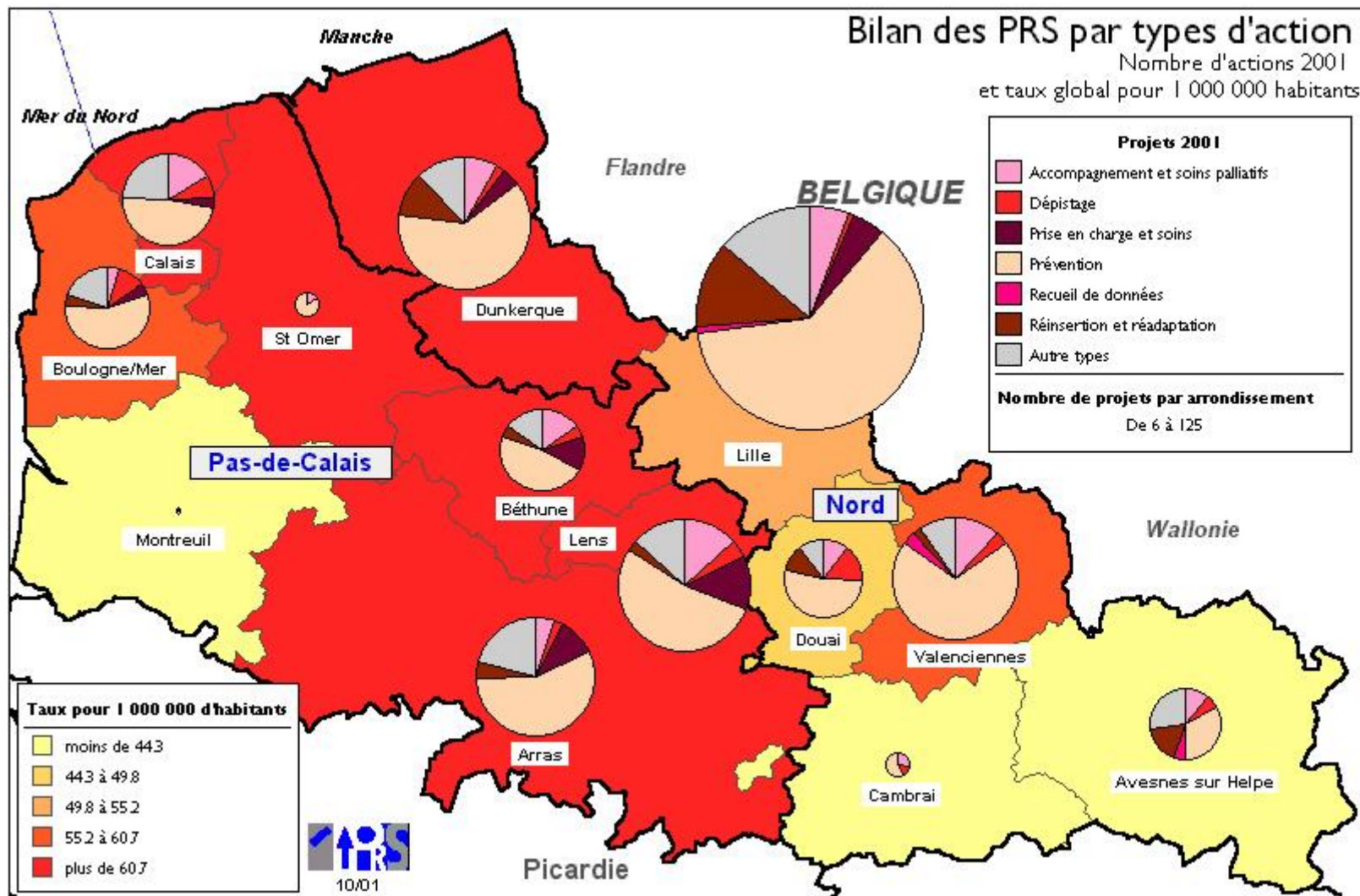


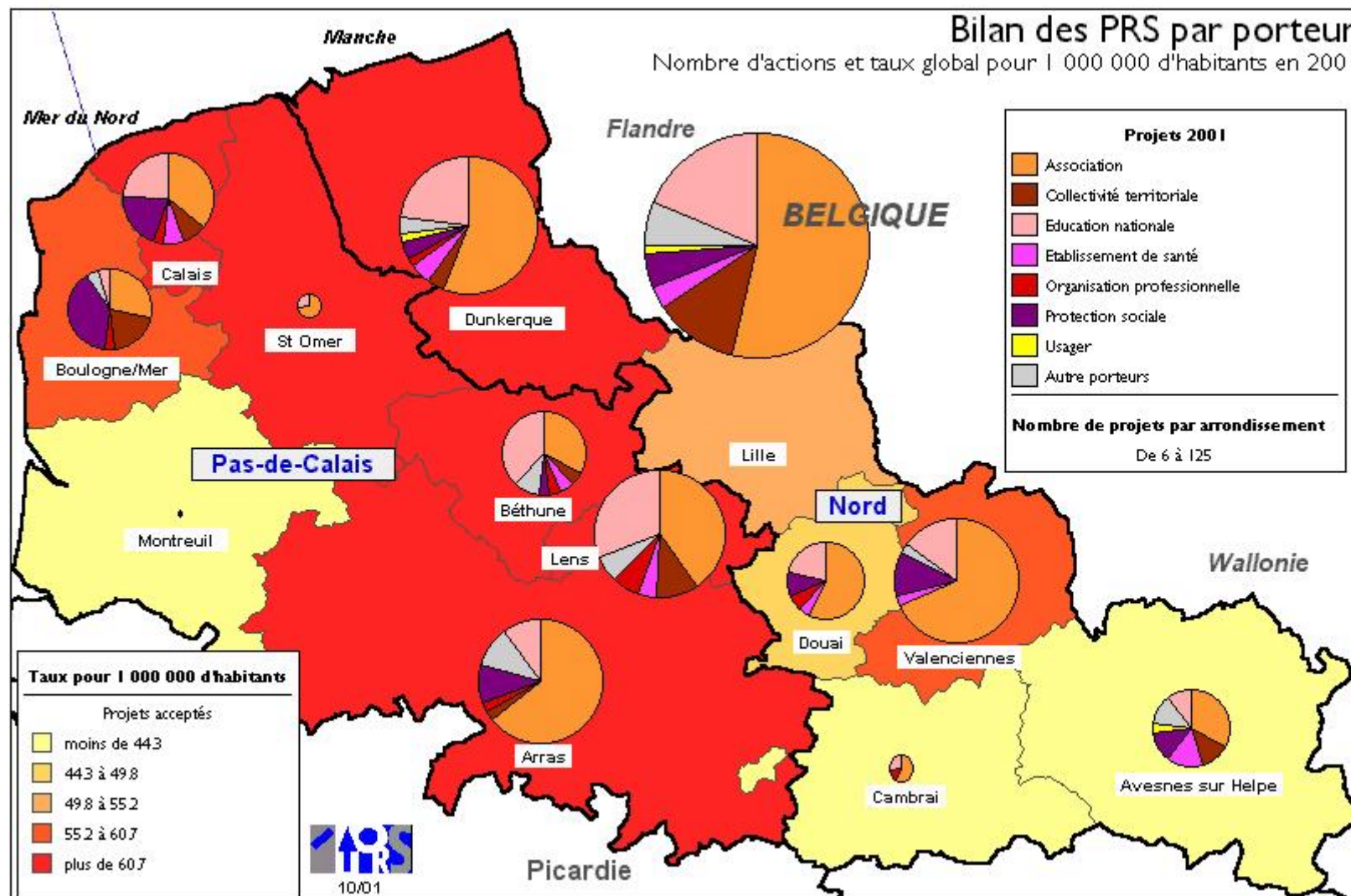
30

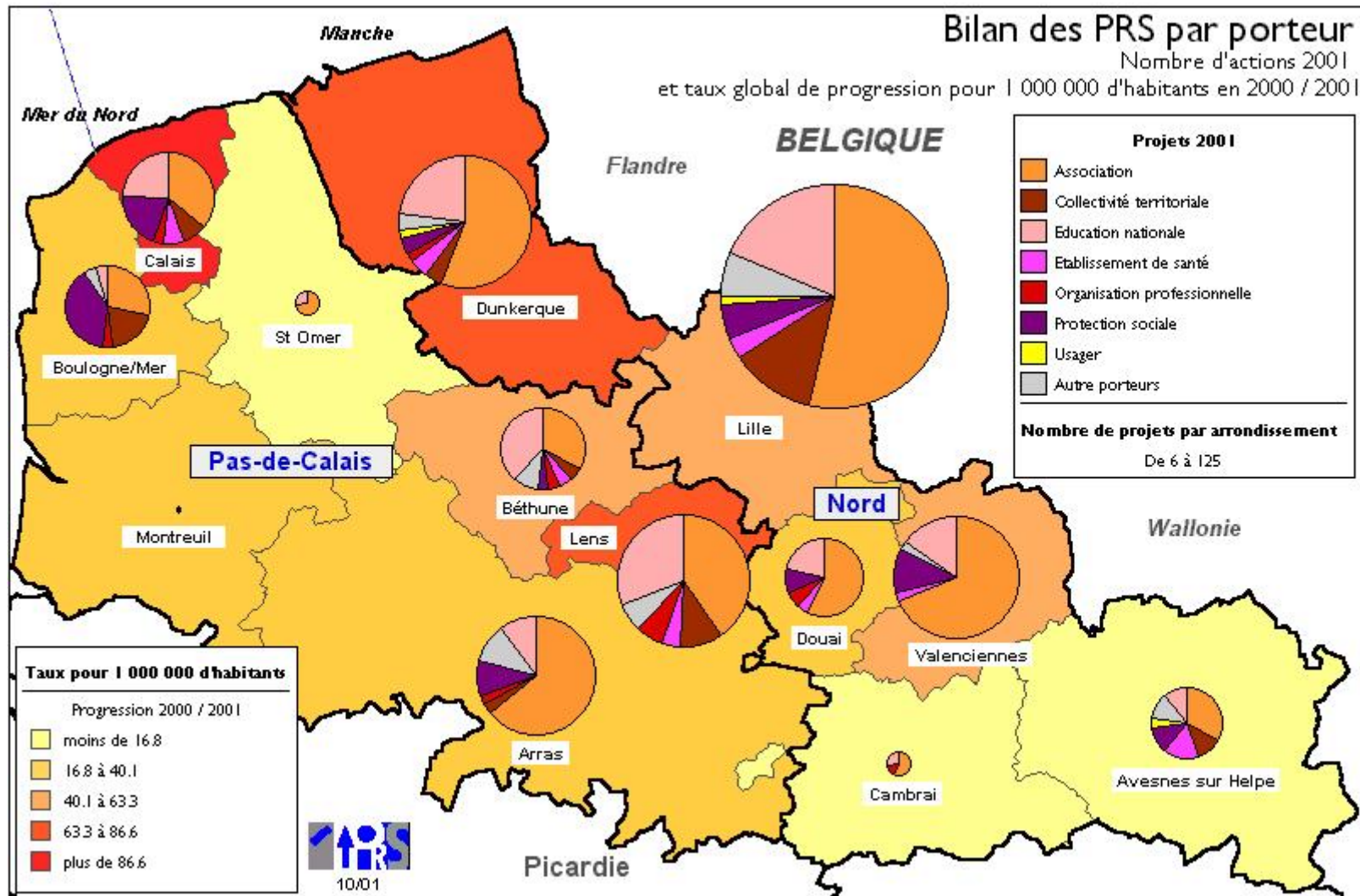


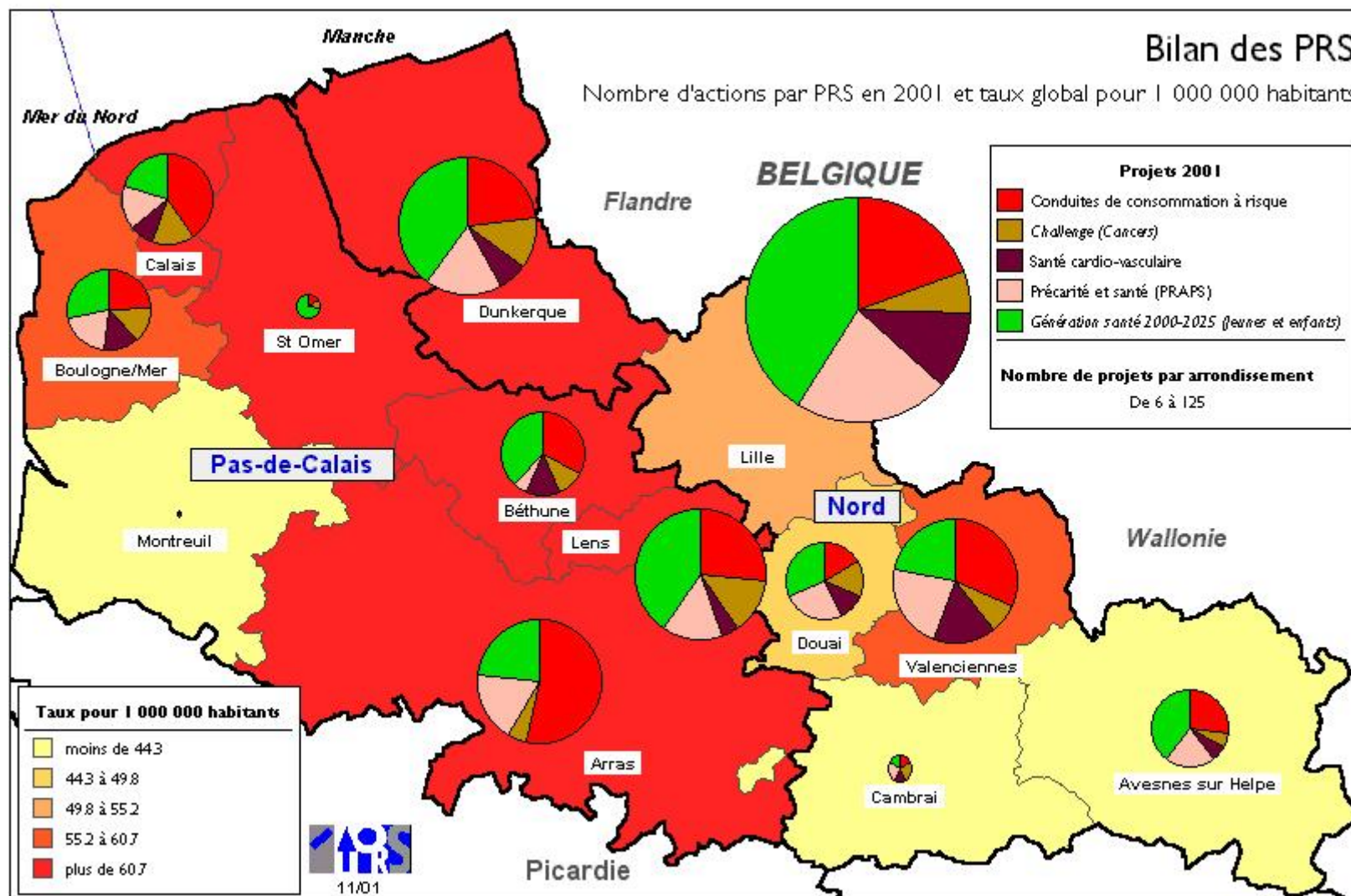
31





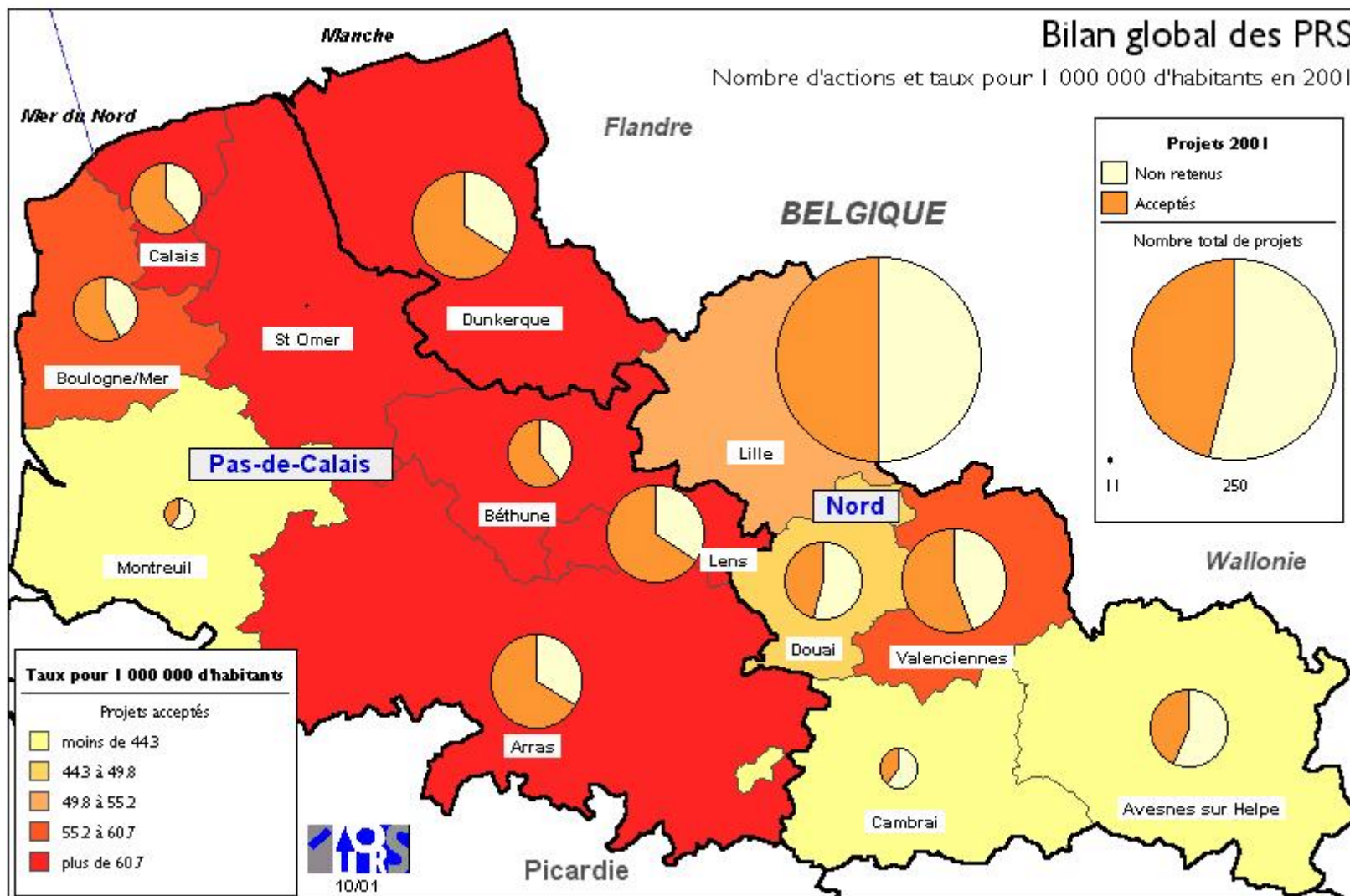






Bilan global des PRS

Nombre d'actions et taux pour 1 000 000 d'habitants en 2001



Document réalisé avec GEOCONCEPT

Source : INSEE, Comité régional des politiques de santé



Conduites de consommation à risque

- 01** Dépenses en boissons alcooliques, tabac, et dépenses totales des ménages, Nord – Pas-de-Calais versus France (France=1), en 1995 **P 67**
- 02** Dépenses des ménages par type de boissons alcoolisées consommées, Nord – Pas-de-Calais versus France (France=1), en 1995 **P 67**
- 03** Prévalence des difficultés rencontrées avec l'alcool, parmi la clientèle de plus de 15 ans (en %) des médecins généralistes, selon le sexe, dans le Nord – Pas-de-Calais et les communes concernées par la Politique de la Ville, en 2001 **P 68**
- 04** Prévalence de la consommation de tabac, parmi la clientèle de plus de 15 ans (en %) des médecins généralistes, selon le sexe, dans le Nord – Pas-de-Calais et les communes concernées par la Politique de la Ville, en 2001 **P 69**
- 05** Prévalence de la consommation de tabac déclarée par les jeunes, Nord – Pas-de-Calais versus France, en 2000 (résultats standardisés par âge en pourcentage) **P 70**
- 06** Proportion de jeunes déclarant consommer de l'alcool plusieurs fois par semaine, et/ou avoir connu plus de deux ivresses au cours des douze derniers mois, Nord – Pas-de-Calais versus France, en 2000 (résultats standardisés par âge en pourcentage) **P 70**
- 07** Prévalence de la consommation de cannabis déclarée par les jeunes, Nord – Pas-de-Calais versus France, en 2000 (résultats standardisés par âge en pourcentage) **P 71**
- 08** Taux de Sida déclarés et de décès par overdose chez les Usagers de Drogue IntraVeineuse (UDIV), pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans, Nord – Pas-de-Calais versus France, en 1999 **P 71**
- 09** Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord – Pas-de-Calais, par département et dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1996-1998 **P 72**
- 10** Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe, par cause, dans le Nord – Pas-de-Calais, par département, et dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1996-1998 (France=100) **P 73**
- 11** Evolution de la proportion de personnes (en %) en infraction lors des contrôles préventifs d'alcoolémie, dans le Nord – Pas-de-Calais, de 1988 à 1998 **P 74**
- 12** Nombre d'Infractions sur la Législation des Stupéfiants (ILS), pour 10 000 habitants âgés de 20 à 39 ans, Nord – Pas-de-Calais versus France, en 1999 **P 74**
- 13** Ventes d'outils de Réduction Des Risques (RDR) pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans, Nord – Pas-de-Calais versus France, en 1999 **P 75**
- 14** Evolution du nombre de toxicomanes pris en charge en novembre dans les établissements sanitaires et sociaux, pour 100 000 habitants de 15 à 49 ans, dans le Nord – Pas-de-Calais, de 1991 à 1999 **P 75**
- 15** Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement **P 76**
- 16** Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement **P 76**
- 17** Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement **P 77**
- 18** Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement **P 77**
- 19** Répartition du financement des actions (en %) par financeur **P 78**

Cartes

01, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24

Conduites de consommation à risque

Les consommations de substances psychoactives telles que l'alcool, le tabac et les drogues illicites peuvent, dans certains modes d'usage être à l'origine de dommages physiques, psychiques ou sociaux. On parle globalement de "conduites de consommation à risque", car ce programme développe davantage une approche à partir du comportement de consommation qu'à partir du produit. On distingue plusieurs types de comportements : le non usage, l'usage et le mésusage (qui recouvre l'usage nocif et la dépendance).

Le mésusage est aujourd'hui identifié comme particulièrement dangereux pour la santé. L'usage nocif signifie que l'utilisation peut générer des dommages en l'absence de dépendance (une prise unique d'ecstasy peut être mortelle) voire même en l'absence d'abus (une prise modérée d'alcool peut être dangereuse pour le fœtus d'une femme enceinte, peut diminuer les réflexes d'un conducteur). La dépendance désigne la situation d'assujettissement d'un individu à la prise d'une substance dont l'interruption entraîne un malaise psychique, voire physique, qui incline le sujet à pérenniser sa consommation.

Cependant, le non usage et l'usage doivent aussi faire l'objet d'une attention particulière. Le non usage de toute substance psychoactive peut dans certaines situations signifier une souffrance psychologique (difficulté à s'intégrer au groupe chez l'adolescent). A l'inverse, la prise de produit de façon épisodique peut amener la personne à devenir consommateur régulier puis dépendant (fumer un mélange cannabis-tabac de temps en temps peut induire progressivement une dépendance tabagique).

Pour toutes ces raisons, le programme régional de santé Conduites de consommation à risque s'adresse à toutes les populations : les personnes dépendantes de produits, celles qui en ont un usage nocif, mais aussi les consommateurs modérés et les non-consommateurs.

Le nombre élevé de projets déposés en réponse à l'appel à projets 2 000 témoignaient d'une forte mobilisation des acteurs concernés par ce programme. Il a été constaté toutefois une nette disproportion de leur répartition non seulement géographique, mais aussi selon les trois objectifs déterminés au départ.

Ces objectifs, autour desquels se mettent en place les actions du programme, ont par conséquent été redéfinis comme suit pour 2001 :

- **réduire les consommations de substances psychoactives**

Renforcer les facteurs de protection, en travaillant sur l'estime de soi et la capacité à faire des choix.

Agir sur les facteurs de vulnérabilité, en identifiant les "situations" à risque de passage d'un usage "simple" vers un "mésusage". La facilitation des échanges entre les personnes concernées par ces situations et celles qui sont à leur contact, est indispensable.

Promouvoir des actions en milieu du travail.

- **réduire les dommages somatiques, psychiques et sociaux**

La réduction des dommages demeure un objectif prioritaire compte tenu des indicateurs de santé inquiétants dans le Nord – Pas-de-Calais.

Développer des actions innovantes concernant l'amélioration de l'accès aux soins, la globalité de la prise en charge.

Mettre l'accent sur les problèmes sociaux des personnes en mésusage.

Développer des actions de partenariat entre toutes les structures et associations concernées dans la prise en charge.

- **promouvoir la recherche en vue de l'amélioration des connaissances, la formation et l'évaluation**

Le souci d'agir efficacement implique un processus continu d'évaluation des actions entreprises. Il convient de développer la réflexion sur la nature et les modes d'évaluation à mettre en œuvre.

Améliorer la rédaction des fiches projets en particulier, sur les objectifs et résultats attendus de l'action et sur l'évaluation prévue.

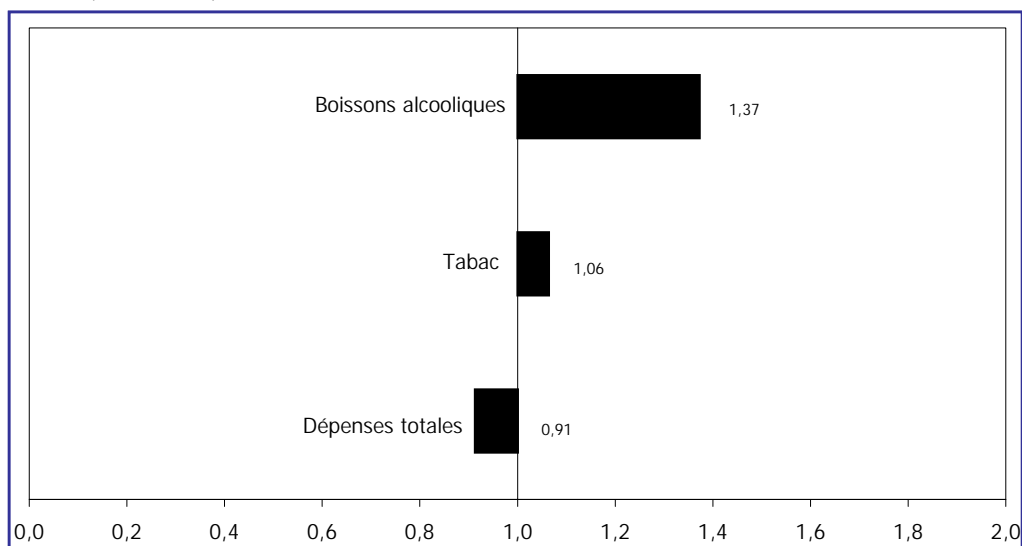
Envisager le rapprochement avec les partenaires pour la construction d'une évaluation commune.

Les indicateurs retenus pour le monitoring du Programme Régional de Santé *Conduites de consommation à risque* devraient permettre :

- à moyen terme, d'évaluer les résultats obtenus en terme de modification de consommation et de comportement vis-à-vis de la législation (infraction lors d'un contrôle d'alcoolémie et sur la législation des stupéfiants) et,
- à plus long terme, de suivre la morbidité et la mortalité attribuables aux consommations. Enfin, le suivi des indicateurs portant directement sur les actions financées dans le cadre du PRS permettra de surveiller le respect des objectifs d'une part et l'équilibre de leur répartition géographique, d'autre part.

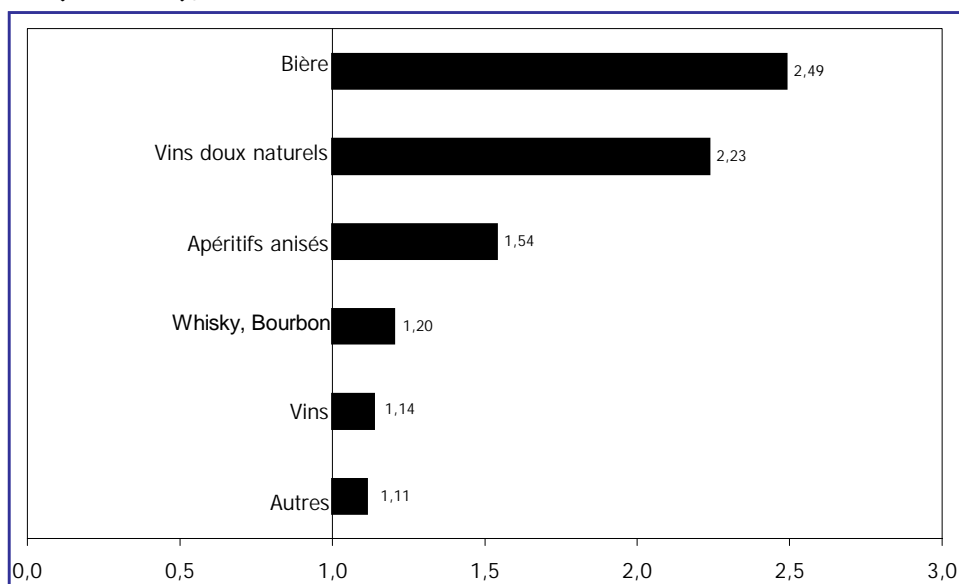
Conduites de consommation à risque

01 Dépenses en boissons alcooliques, tabac, et dépenses totales des ménages, Nord – Pas-de-Calais versus France (France=1), en 1995



Source : INSEE, enquête Budget des ménages 1995. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

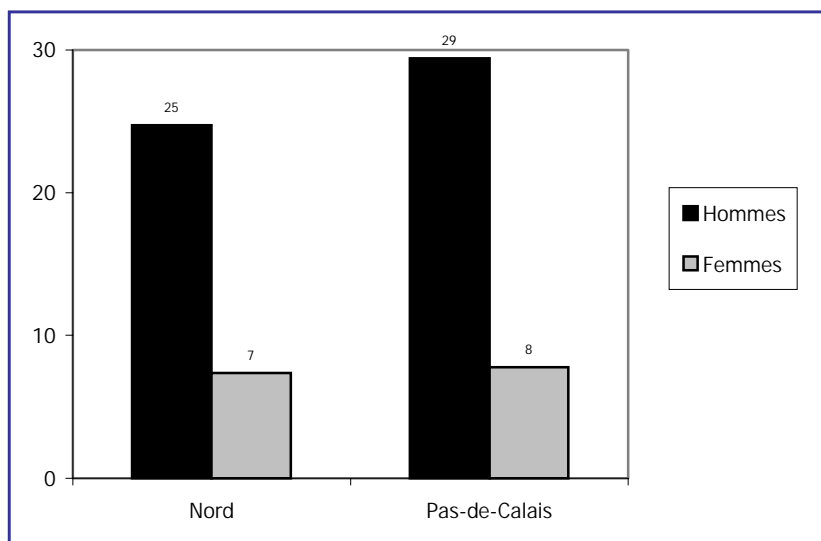
02 Dépenses des ménages par type de boissons alcoolisées consommées, Nord – Pas-de-Calais versus France (France=1), en 1995



Source : INSEE, enquête Budget des ménages 1995. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

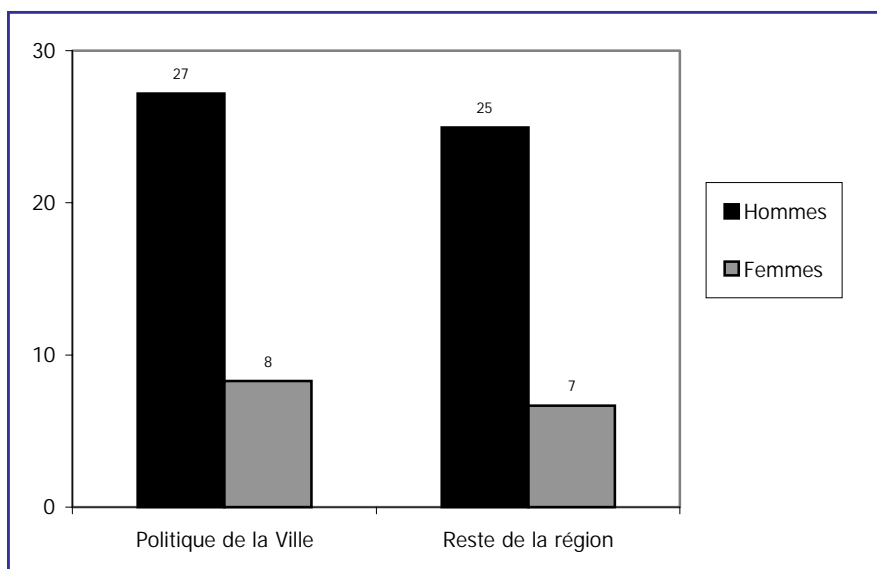
Conduites de consommation à risque

03A Prévalence des difficultés rencontrées avec l'alcool, parmi la clientèle de plus de 15 ans (en %) des médecins généralistes, selon le sexe, dans le Nord – Pas-de-Calais, en 2001



Source : DREES, Enquête Alcool auprès des médecins généralistes du Nord – Pas-de-Calais. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

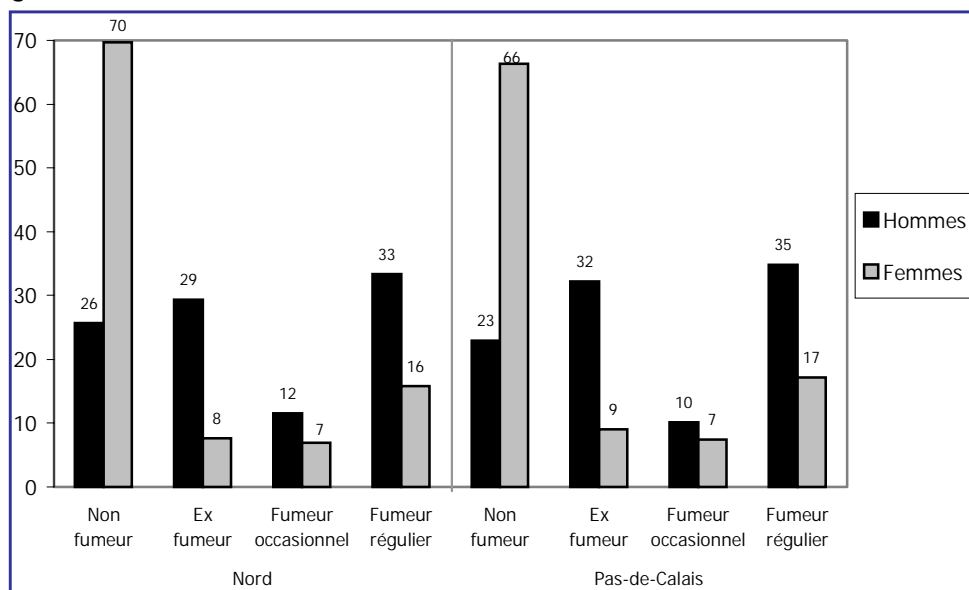
03B Prévalence des difficultés rencontrées avec l'alcool, parmi la clientèle de plus de 15 ans (en %) des médecins généralistes, selon le sexe, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 2001



Source : DREES, Enquête Alcool auprès des médecins généralistes du Nord – Pas-de-Calais. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

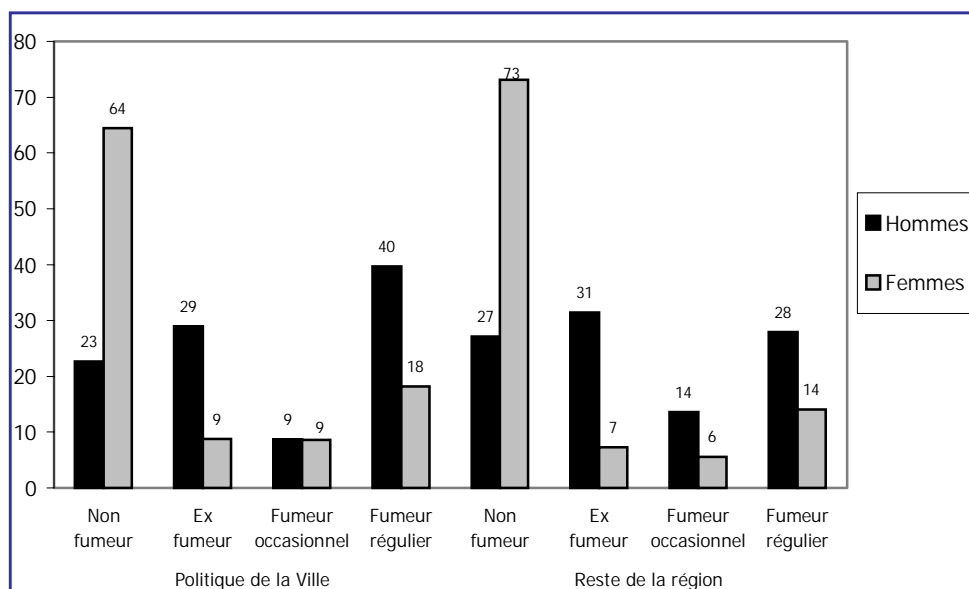
Conduites de consommation à risque

04A Prévalence de la consommation de tabac, parmi la clientèle de plus de 15 ans (en %) des médecins généralistes, selon le sexe, dans le Nord – Pas-de-Calais, en 2001



Source : DREES, Enquête Alcool auprès des médecins généralistes du Nord – Pas-de-Calais. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

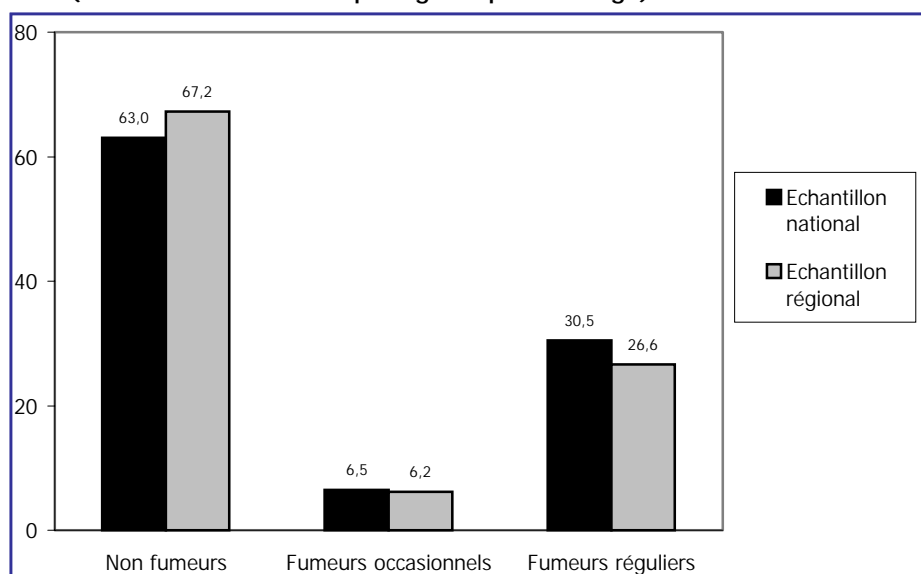
04B Prévalence de la consommation de tabac, parmi la clientèle de plus de 15 ans (en %) des médecins généralistes, selon le sexe, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 2001



Source : DREES, Enquête Alcool auprès des médecins généralistes du Nord – Pas-de-Calais. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

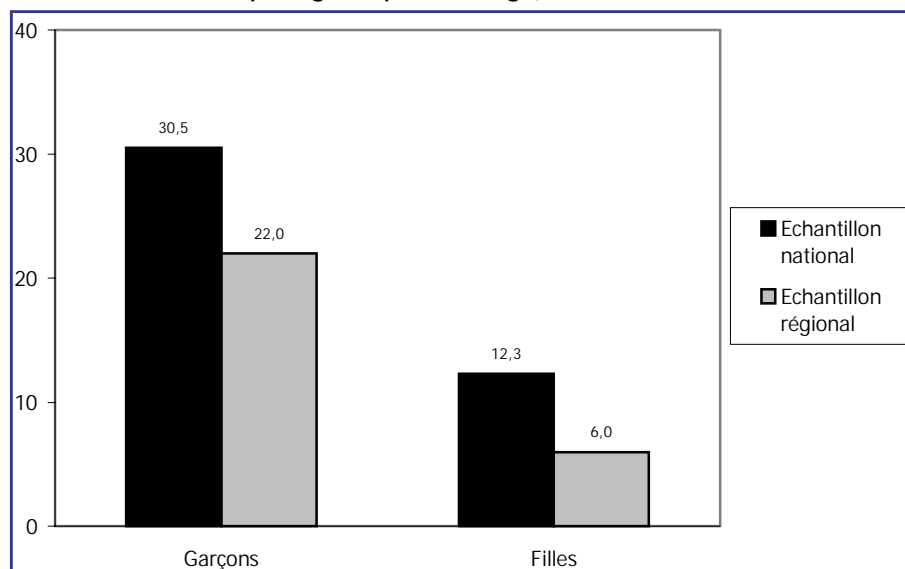
Conduites de consommation à risque

05 Prévalence de la consommation de tabac déclarée par les jeunes, Nord – Pas-de-Calais versus France, en 2000 (résultats standardisés par âge en pourcentage)



Source : Baromètre Santé, CFES, ORS Nord – Pas-de-Calais, DRASS Nord – Pas-de-Calais.

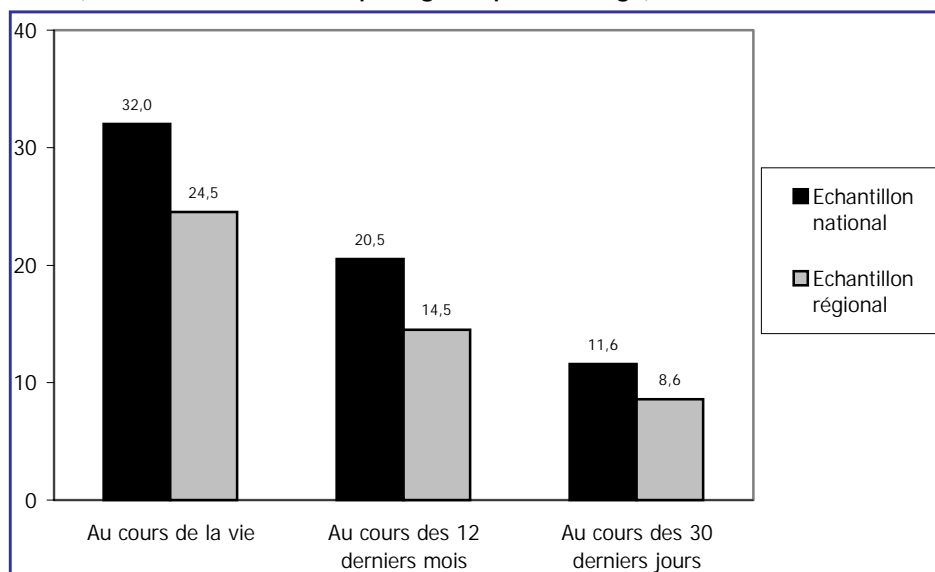
06 Proportion de jeunes déclarant consommer de l'alcool plusieurs fois par semaine, et/ou avoir connu plus de deux ivresses au cours des douze derniers mois, Nord – Pas-de-Calais versus France, en 2000 (résultats standardisés par âge en pourcentage)



Source : Baromètre Santé, CFES, ORS Nord – Pas-de-Calais, DRASS Nord – Pas-de-Calais.

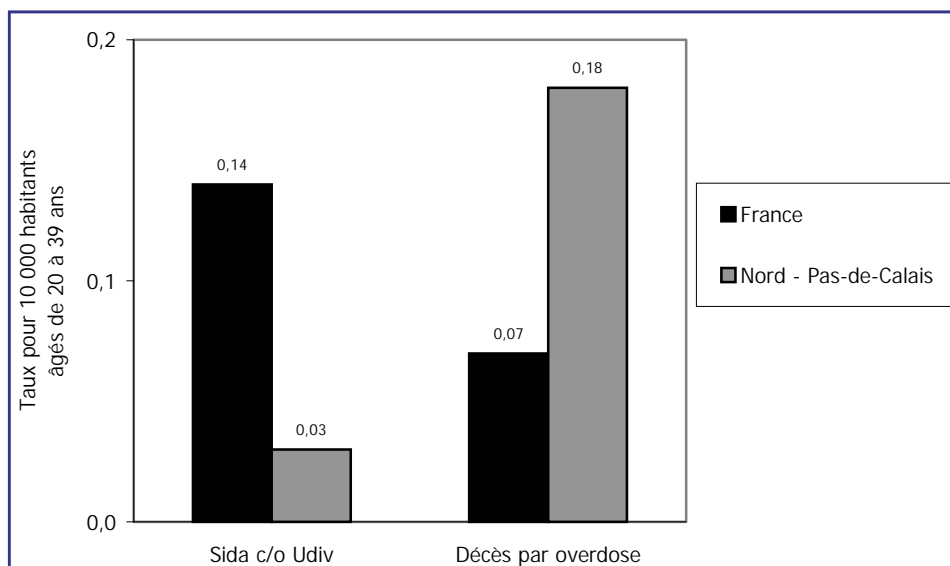
Conduites de consommation à risque

07 Prévalence de la consommation de cannabis déclarée par les jeunes, Nord – Pas-de-Calais versus France, en 2000 (résultats standardisés par âge en pourcentage)



Source : Baromètre Santé, CFES, ORS Nord – Pas-de-Calais, DRASS Nord – Pas-de-Calais.

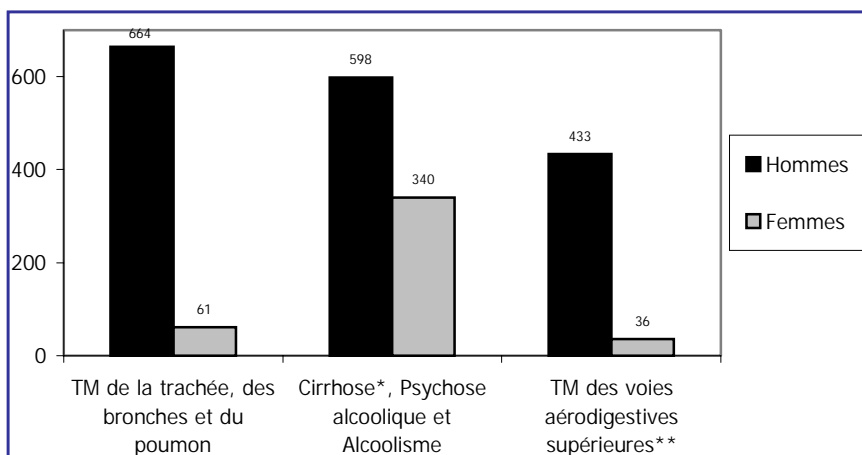
08 Taux de Sida déclarés et de décès par overdose chez les Usagers de Drogue IntraVeineuse (UDIV), pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans, Nord – Pas-de-Calais versus France, en 1999



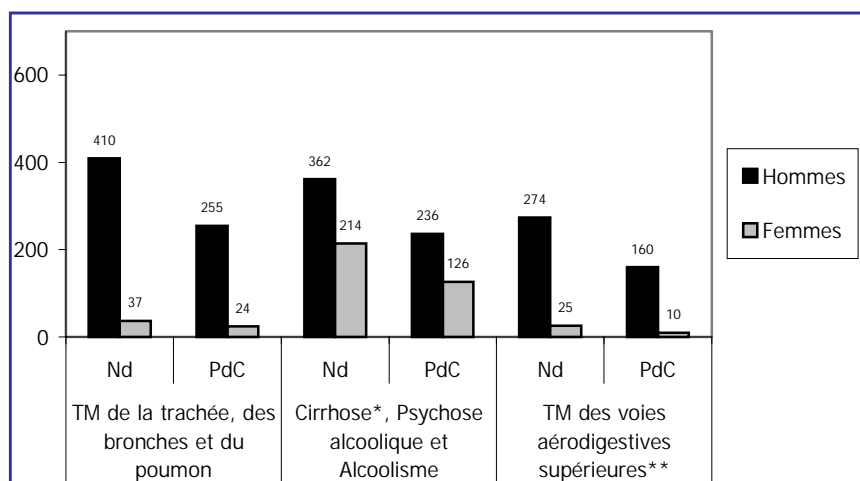
Source : Baromètre Santé, CFES, ORS Nord – Pas-de-Calais, DRASS Nord – Pas-de-Calais.

Conduites de consommation à risque

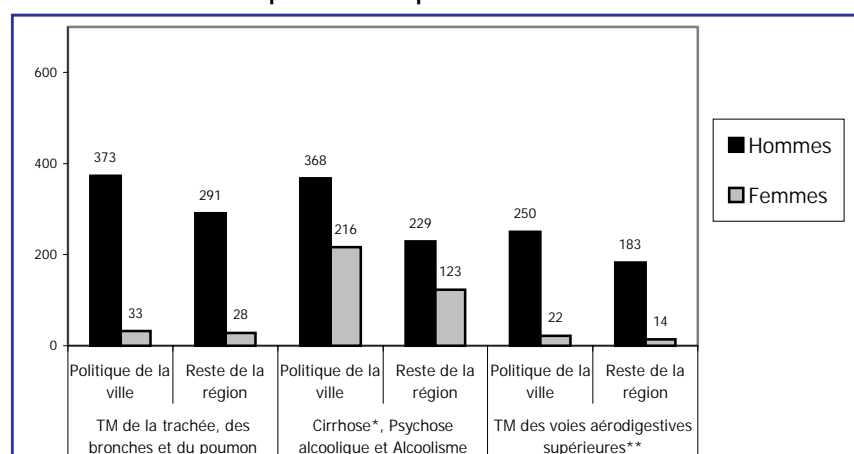
09A Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1996-1998



09B par département



09C dans les communes concernées par la Politique de la Ville



TM : Tumeur Maligne

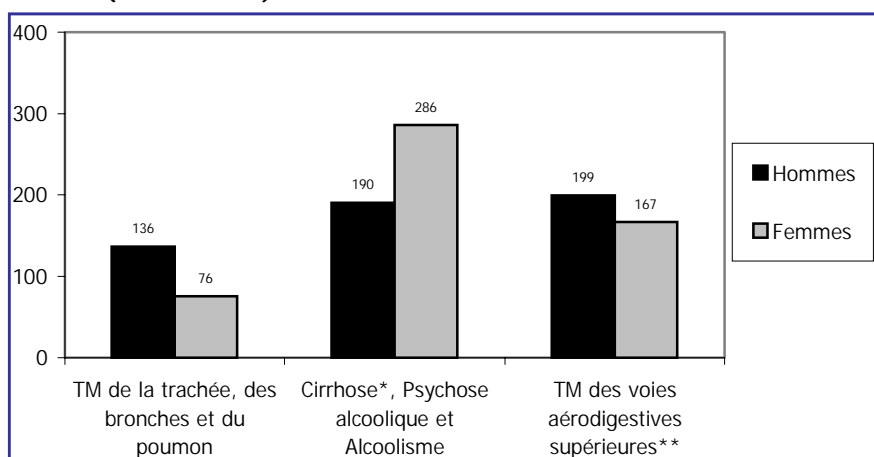
*alcoolique ou sans précision du foie

**lèvres, cavité buccale, pharynx, larynx

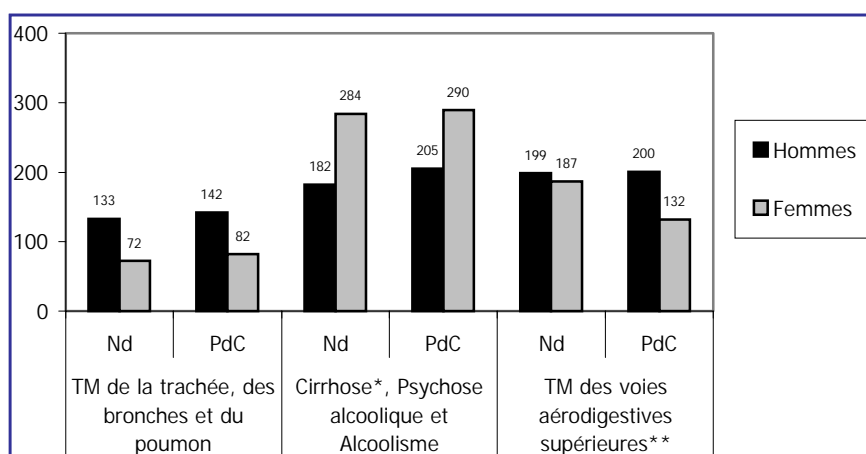
Source : INSERM, Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès-CépiDc, INSEE, Rgp 1999. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Conduites de consommation à risque

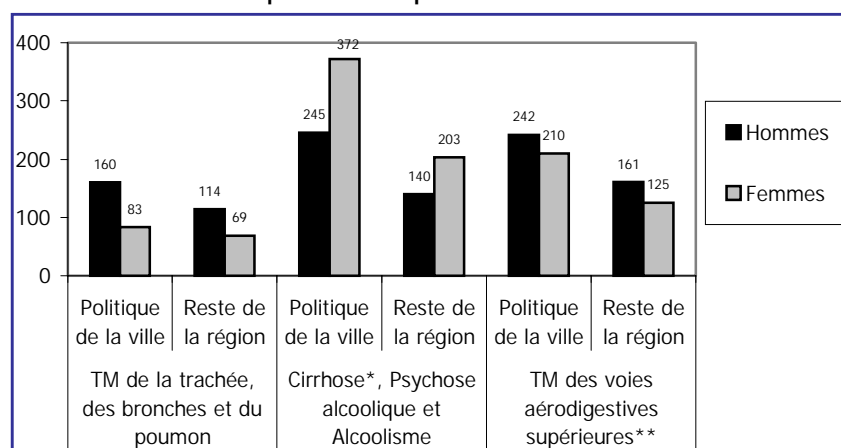
10A Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe, par cause, dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1996-1998 (France=100)



10B par département



10C dans les communes concernées par la Politique de la Ville



TM : Tumeur Maligne

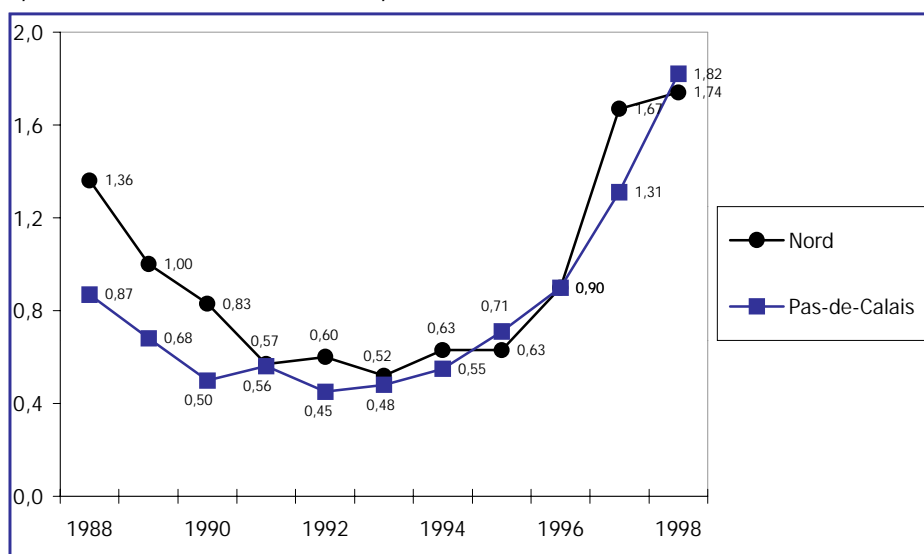
*alcoolique ou sans précision du foie

**lèvres, cavité buccale, pharynx, larynx

Source : INSERM, Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès-CépiDc, INSEE, Rgp 1999. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

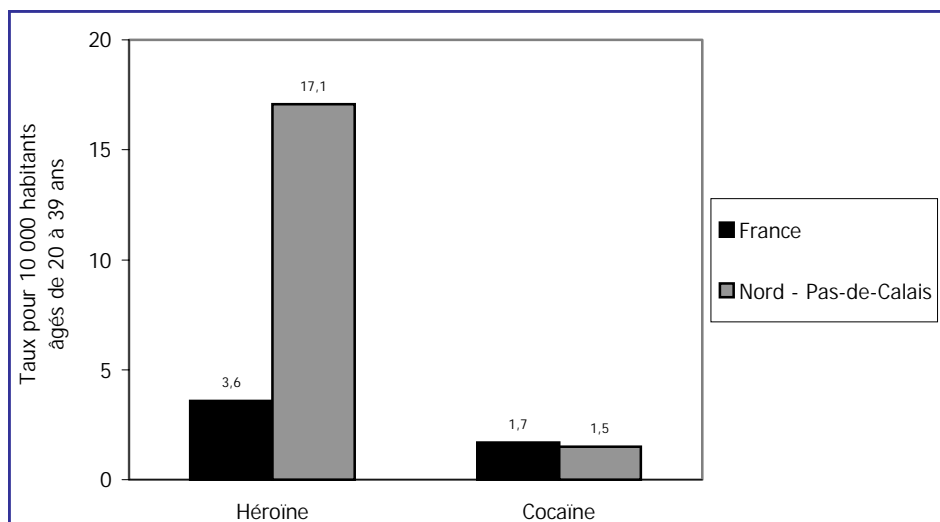
Conduites de consommation à risque

11 Evolution de la proportion de personnes (en %) en infraction lors des contrôles préventifs d'alcoolémie, dans le Nord – Pas-de-Calais, de 1988 à 1998



Source : Cour d'Appel de Douai, Parquet général, Association régionale de sécurité routière. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

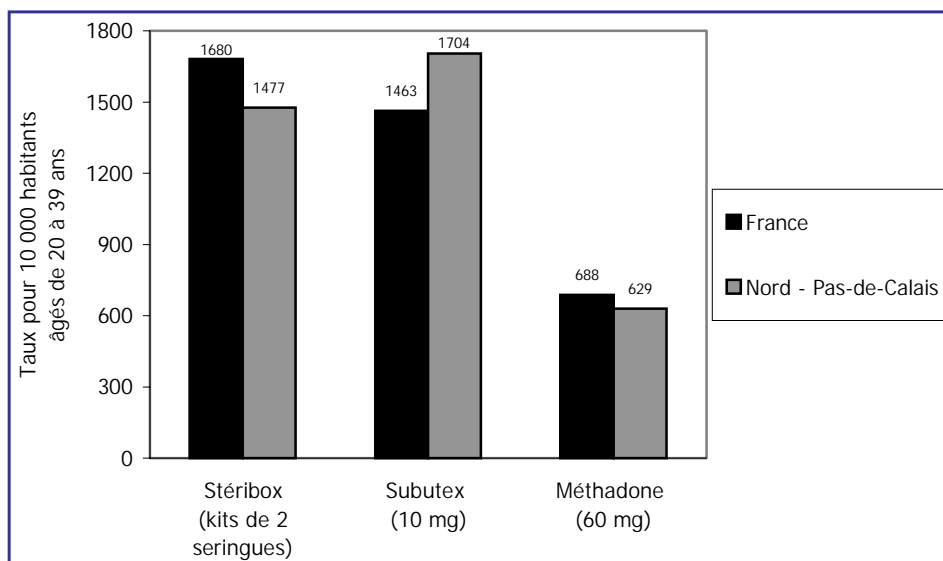
12 Nombre d'Infractions sur la Législation des Stupéfiants (ILS), pour 10 000 habitants âgés de 20 à 39 ans, Nord – Pas-de-Calais versus France, en 1999



Source : Cour d'Appel de Douai, Parquet général, Association régionale de sécurité routière. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

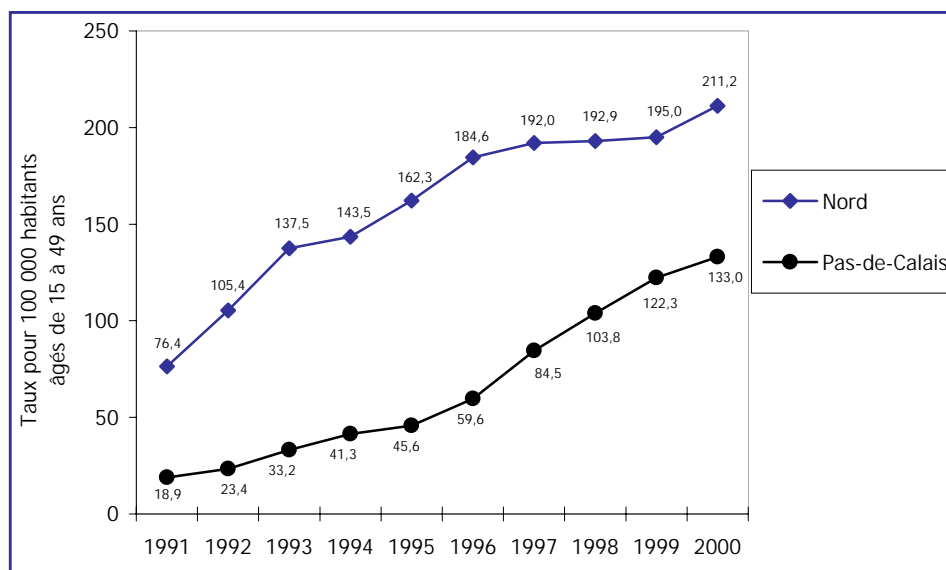
Conduites de consommation à risque

13 Ventes d'outils de Réduction Des Risques (RDR) pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans, Nord – Pas-de-Calais versus France, en 1999



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

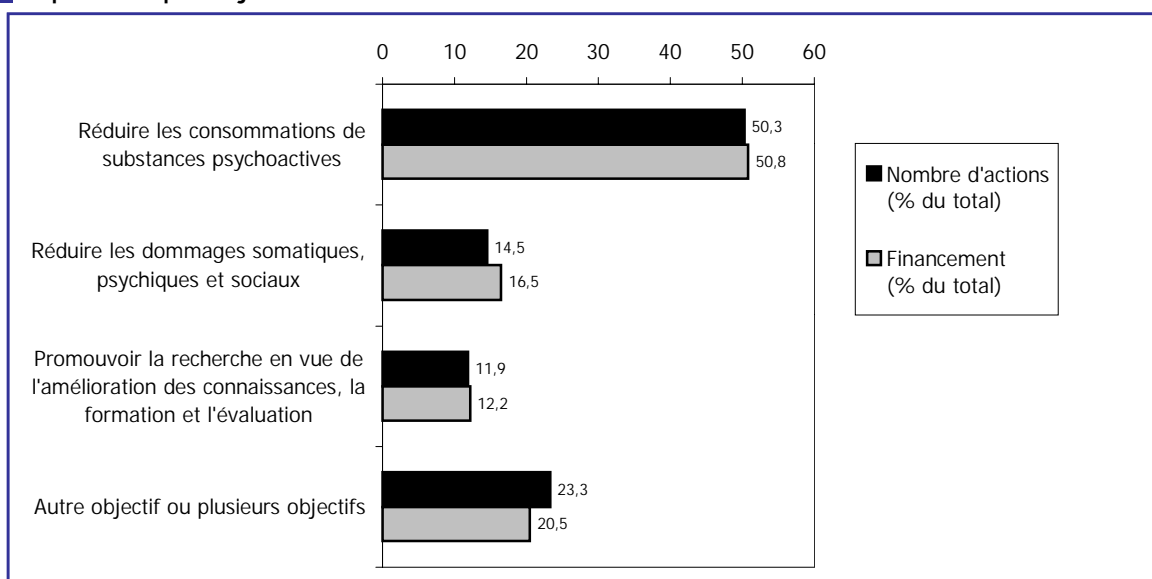
14 Evolution du nombre de toxicomanes pris en charge en novembre dans les établissements sanitaires et sociaux, pour 100 000 habitants de 15 à 49 ans, dans le Nord – Pas-de-Calais, de 1991 à 1999



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

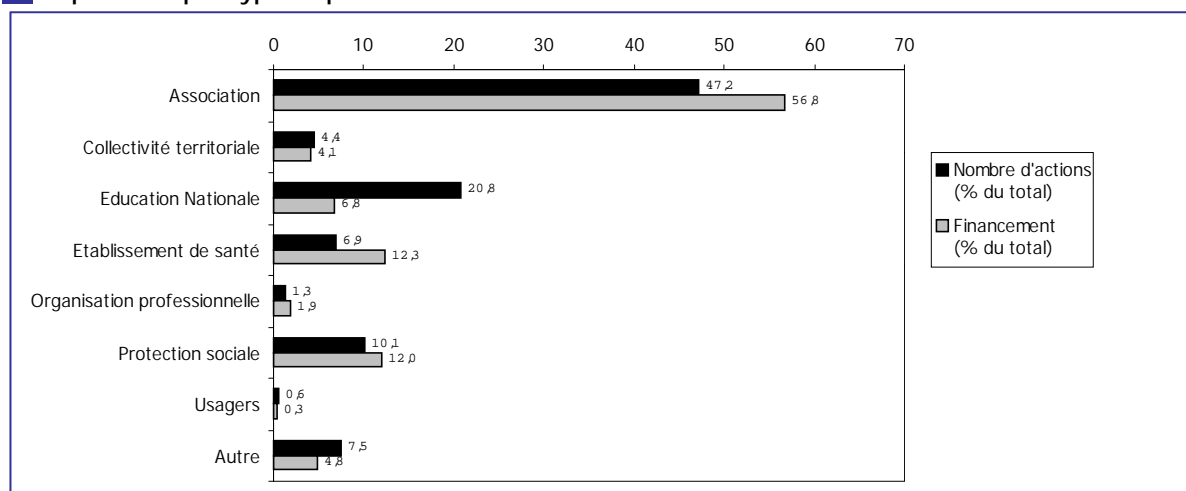
Conduites de consommation à risque

15 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

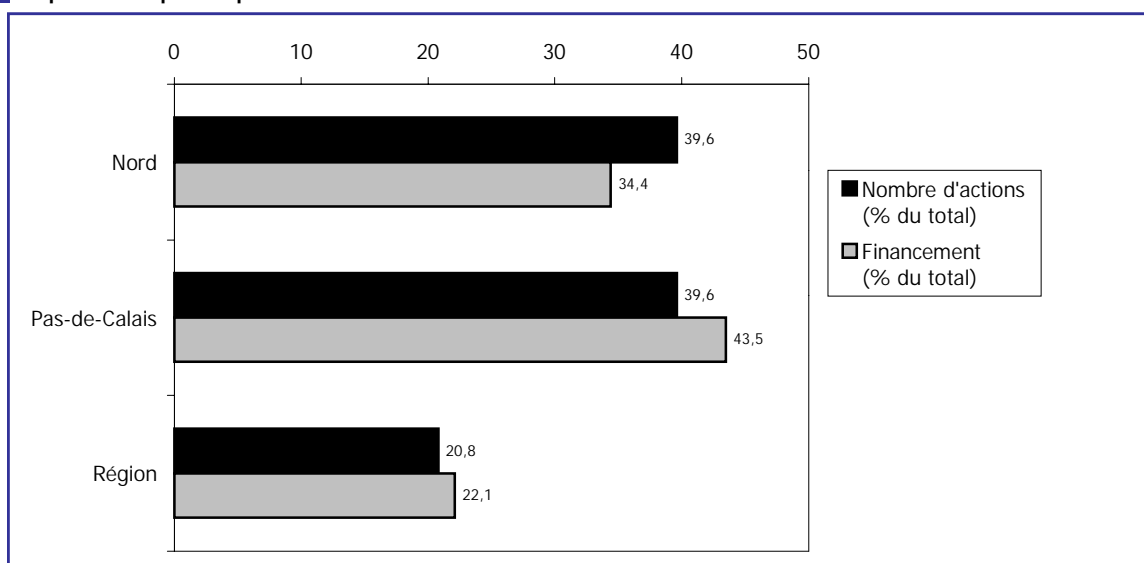
16 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

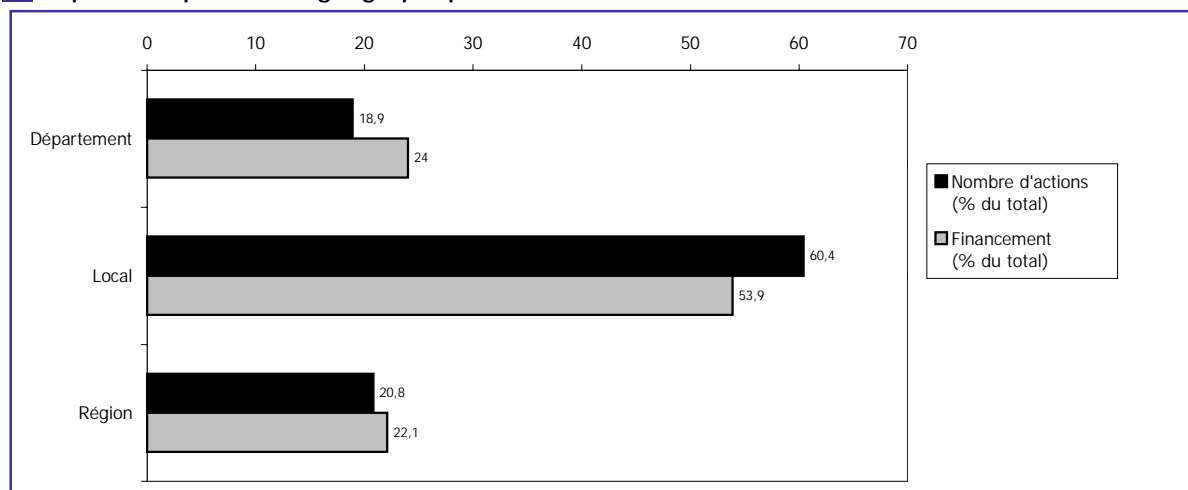
Conduites de consommation à risque

17 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

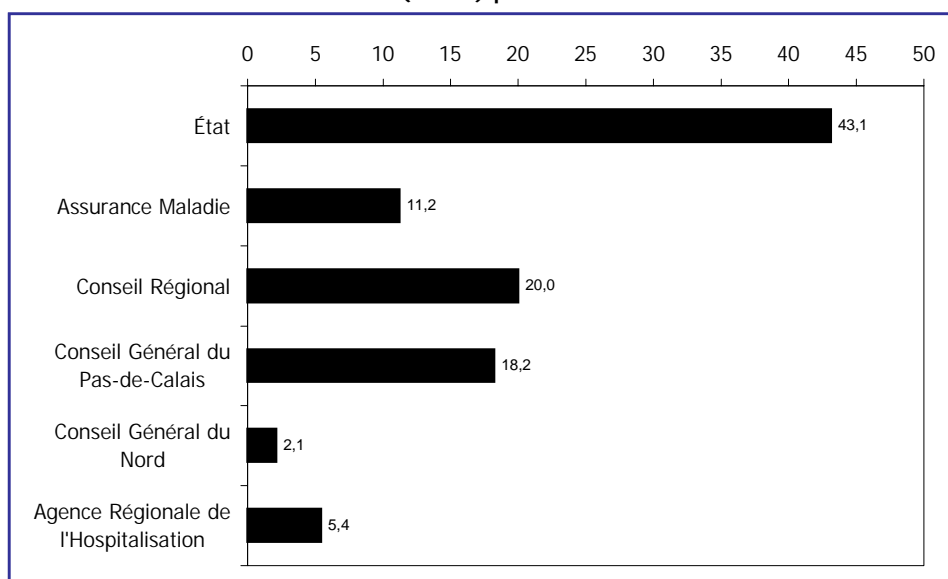
18 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Conduites de consommation à risque

19 Répartition du financement des actions (en %) par financeur



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

01-02 Consommation d'alcool et de tabac des ménages

Source : INSEE, enquête *Budget des ménages* 1995. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Commentaire : L'enquête *Budget des ménages* de l'INSEE, dont la dernière édition a été réalisée en 1995, porte sur un échantillon de 9 634 ménages français. Cette enquête est réalisée tous les 7 ans en moyenne. Elle utilise deux instruments : un questionnaire posé par un enquêteur et des carnets de compte sur papier que tous les membres du ménage, âgés de plus de 14 ans, remplissent manuellement pendant deux semaines.

Les indices de dépense de la région sont calculés avec le ratio suivant : dépense annuelle moyenne pour le produit en région Nord - Pas-de-Calais / dépense annuelle moyenne pour le produit en France

En 1995, la dépense moyenne en boissons alcooliques des ménages du Nord Pas-de-Calais est nettement plus élevée qu'en France (ratio=1,37) alors qu'à l'inverse, leurs dépenses totales en moyenne sont inférieures (ratio=0,9). Plus précisément, le ratio est le plus marqué pour la consommation de bière (2,49) et de vins doux naturels (2,23). La consommation de tabac est, dans la région Nord – Pas-de-Calais, proche de la moyenne française (ratio=1,06).

03-04 Personnes en difficulté avec l'alcool et le tabac parmi la clientèle de plus de 15 ans des médecins généralistes de la région Nord – Pas-de-Calais

Source : DREES, Enquête Alcool auprès des médecins généralistes du Nord – Pas-de-Calais. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Commentaire : Cette enquête nationale a été confiée en 2001 aux Observatoires Régionaux de la Santé par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère de la Santé. L'exploitation nationale est en cours, seules les données régionales ont pour l'instant pu être exploitées. Dans la région Nord – Pas-de-Calais, un panel de 90 médecins a été tiré au sort. Il leur était demandé de faire remplir un questionnaire à tous leurs patients de plus de 15 ans vus au cours de deux journées déterminées au hasard.

67 médecins sur 90 interrogés ont participé à l'enquête. 1 972 questionnaires-patients ont été analysés. Les personnes en difficulté avec l'alcool ont pu être mises en évidence à partir du questionnaire Deta (Cage en anglais) qui est un instrument simple de dépistage des consommateurs excessifs d'alcool comprenant 4 questions :

Au cours de votre vie :

1 : Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées?

2 : Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation de boissons alcoolisées?

3 : Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop?

4 : Avez-vous déjà eu besoin d'alcool pour vous sentir en forme?

A partir de deux réponses positives, on considère que la personne a (ou a eu) des difficultés avec l'alcool.

Les résultats présentés montrent, pour les difficultés avec l'alcool comme pour la consommation de tabac, une plus grande fréquence des conduites de comportement à risques chez les hommes par rapport aux femmes, dans le Pas-de-Calais par rapport au Nord et enfin dans les communes concernées par la Politique de la Ville par rapport au reste de la région.

05-06-07 Consommations déclarées d'alcool, de tabac, de cannabis par les jeunes et poly-consommations

Source : *Baromètre Santé*, CFES, ORS Nord – Pas-de-Calais, DRASS Nord – Pas-de-Calais.

Commentaire : Le Comité Français d'Education pour la Santé réalise régulièrement des *Baromètres Santé*, construits avec les résultats d'enquêtes téléphoniques sur échantillons représentatif de la population nationale. En 1999-2000, des extensions régionales de ce protocole (en Nord - Pas-de-Calais, Picardie, Pays de Loire et Alsace), visant les jeunes de 12 à 25 ans, ont été réalisées en plus de l'enquête nationale. Cette enquête permet de disposer d'indicateurs comparables à des résultats nationaux et aux trois autres régions.

En 1999-2000, l'enquête a été menée auprès d'un échantillon national représentatif de 13 685 personnes de 12 à 75 ans parmi lesquels 2 765 jeunes de 12 à 25 ans (dont 1 239 pour la région Nord - Pas-de-Calais).

Quel que soit le produit consommé, la consommation augmente avec l'âge entre 12 et 20 ans puis se stabilise voire diminue jusqu'à 25 ans. Les garçons consomment toujours plus que les filles à partir de 15 ans. Par rapport à l'échantillon français, la consommation déclarée est toujours plus faible dans l'échantillon régional, surtout concernant l'alcool et les drogues illicites. En 1987, une enquête réalisée par le Service de santé de Armées auprès des appelés retrouvait également une moindre consommation déclarée en boissons alcoolisées dans la région Nord.

08 Risques sanitaires des Usagers de Drogue IntraVeineuse (UDIV)

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

Commentaire : Le Système d'Information sur l'Accessibilité au Matériel Officiel d'Injection et de Substitution collecte également le nombre de nouveaux cas de Sida déclarés chez les usagers de drogues (source INVS) ainsi que les décès par overdose (source OCRTIS).

Conduites de consommation à risque

Si les décès par overdose peuvent servir à mesurer l'impact de la politique de réduction des risques sur une période donnée, les nouveaux cas de Sida en revanche surviennent chez des personnes déjà contaminées et reflètent davantage l'accès aux trithérapies indiquées dans le traitement de l'infection à VIH.

Par rapport à la France, le taux de nouveaux cas de Sida chez les usagers de drogue intraveineuse pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans est 5 fois moindre dans la région. En revanche, le taux d'overdoses mortelles est presque 3 fois plus élevé.

09-10 Mortalité prématurée liée aux conduites de consommation à risques

Cartes 16 à 22

Source : INSERM, Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès-CépiDc, INSEE, Rgp 1999. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Commentaire : La mortalité prématurée (avant 65 ans) concerne les personnes dont l'âge au décès est inférieur à la durée moyenne de vie de la population étudiée. Toutefois, afin que les résultats demeurent comparables dans le temps et l'espace, cette durée de vie moyenne a été fixée à 65 ans et cela quelle que soit la population prise en compte. Le nombre moyen annuel de décès est égal à la somme des décès entre 1996 et 1998 divisée par le nombre d'années de cette même période d'observation.

L'Indice Comparatif de Mortalité (ICM) a été élaboré afin de permettre pour chaque sexe de comparer la mortalité de différentes zones géographiques sans qu'interfère la structure par âge de leurs populations. A titre d'exemple, l'augmentation des décès dus aux maladies coronariennes reflète aussi le vieillissement de la population. Le calcul de l'Indice Comparatif de Mortalité permet précisément de mesurer l'évolution de cette maladie indépendamment des évolutions démographiques de la population au cours du temps et dans l'espace. Cet indice est calculé en divisant les décès observés au sein d'une zone géographique par ceux que l'on observe (décès attendus) dans cette même zone géographique lorsque l'on applique par groupe d'âge les taux de mortalité de la population de référence (ici la France). Ainsi, un indice de 100 signifie que le niveau de mortalité de la zone est équivalent à celui de la France. Un indice de 150 traduit une mortalité supérieure de 50 pour cent par rapport à celle de la France.

Les nombres de décès moyens annuels survenus avant 65 ans et les Indices Comparatifs de Mortalité sont présentés pour chacun des trois groupes de causes suivantes :

- 1- tumeur maligne du poumon, des bronches et de la trachée,
- 2- cirrhose alcoolique ou sans précision, psychose alcoolique et alcoolisme,
- 3- tumeurs malignes des voies aérodigestives supérieures (lèvres, cavité buccale, pharynx, larynx).

Pour les effectifs puis pour les ICM, les résultats sont tout d'abord présentés pour la région, puis par

département et enfin selon que le territoire est concerné ou non par la Politique de la Ville.

Environ 11 hommes pour 1 femme meurent par tumeur maligne du poumon, des bronches et de la trachée ou par tumeur maligne des voies aérodigestives supérieures. En revanche, moins de 2 hommes pour 1 femme meurent par cirrhose alcoolique ou sans précision, psychose alcoolique et alcoolisme. On note une surmortalité significative dans la région par rapport à la France pour les 3 groupes de décès chez les hommes. Celle-ci tend à se concentrer particulièrement sur les arrondissements de l'ex-Bassin minier (Lens et Valenciennes surtout) et sur le Littoral. Localement les ICM atteignent des valeurs sans équivalent connu en France.

Chez les femmes il y a une sous-mortalité par tumeur maligne du poumon, des bronches et de la trachée, et une surmortalité pour les deux autres causes ; surmortalité très sévère notamment par cirrhose alcoolique ou sans précision, psychose alcoolique et alcoolisme (ICM=286 ; ce qui signifie que près de 3 fois plus de femmes meurent de cette cause de décès dans la région qu'en moyenne en France).

Dans le Nord, comme dans le Pas-de-Calais, on retrouve des Indices Comparatifs de Mortalité équivalents et significatifs par rapport à la France sauf pour l'indice correspondant à la mortalité par tumeur maligne des voies aérodigestives supérieures chez les femmes qui est plus faible dans le Pas-de-Calais que dans le Nord et non significatif par rapport à la France. Ici encore c'est dans les arrondissements de l'ex-Bassin minier que se concentrent les plus forts ICM.

11-12 Conséquences sociales de la consommation d'alcool et de drogues illicites

Source : Cour d'Appel de Douai, Parquet général, Association régionale de sécurité routière. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

OCRTIS, INSEE Rgp 1999. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Commentaire : Chaque année, la Cour d'appel de Douai transmet à l'Association régionale de sécurité routière les statistiques concernant les contrôles préventifs d'alcoolémie réalisés par la police et la gendarmerie, avec notamment le nombre de contrôles effectués et le nombre de personnes découvertes avec une alcoolémie supérieure au seuil maximal légal autorisé (0,5 g/l).

Il faut noter que le nombre de personnes en infraction est étroitement lié aux conditions de réalisation des contrôles (il sera plus élevé le soir à la sortie d'une boîte de nuit que le matin sur un trajet domicile-travail). Le graphique montre une augmentation importante des pourcentages de personnes en infraction à partir de 1993 qui peut être au départ mise en parallèle avec l'abaissement du seuil maximal d'alcoolémie autorisé (de 0,8 à 0,7 en 1994 puis à 0,5 g/l en 1995), mais qui est moins explicite après 1995.

Conduites de consommation à risque

L'Office Central pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants (OCRTIS) réalise un rapport annuel concernant l'usage et le trafic de drogue en France, à partir des interpellations et saisies réalisées par les services de Police, de Douanes et de Gendarmerie. Il est difficile de déterminer la part des évolutions constatées attribuables aux variations de la population d'usagers et la part liée à une modification de l'activité des services en cause.

En 1999, 2 238 usagers et usagers-revendeurs d'héroïne et de cocaïne ont été interpellés dans la région Nord - de-Calais. Rapportés au nombre d'habitants de 20 à 39 ans, les taux sont nettement plus élevés dans le Nord (et dans une moindre mesure dans le Pas-de-Calais) qu'en moyenne en France. Mais il faut noter la proximité avec la frontière qui non seulement est source de trafic mais également de contrôle. Il faut préciser aussi que toutes les personnes interpellées ne sont pas forcément des consommateurs.

13-14 Accès à la prévention et aux soins des toxicomanes

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

DRASS Nord – Pas-de-Calais, INSEE. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Commentaire : L'Institut National de Veille Sanitaire développe depuis mai 1997 un Système d'Information sur l'Accessibilité au Matériel Officiel d'Injection et de Substitution (SIAMOIS) qui collecte le nombre de kit de prévention contenant 2 seringues stériles (Stéribox®), de boîtes de Subutex® et flacons de Méthadone® vendus chaque année (auprès de l'ensemble des pharmacies françaises).

En 1999, les résultats montrent une moindre vente de Stéribox® (-12 %) et délivrance de Méthadone (-8 %) dans la région par rapport à la France. En revanche, les taux de ventes de Subutex® sont plus importants (+16 %).

La DRASS réalise chaque année durant le mois de novembre une enquête auprès de tous les établissements sanitaires et sociaux susceptibles d'accueillir des toxicomanes. La comparaison des résultats obtenus entre 1991 et 2000 montre une augmentation régulière des taux de toxicomanes pris en charge pour 100 000 habitants de 15 à 49 ans. Cependant, depuis 1996 on observe un ralentissement de l'augmentation dans le Nord (+14 %) tandis que dans le Pas-de-Calais c'est l'inverse qui se produit : le nombre de patients pris en charge augmente nettement plus depuis 4 ans (+123 %).

Ces enquêtes sont loin d'être exhaustives. Elles ne permettent notamment pas de prendre en compte les patients pris en charge par les médecins généralistes. Par ailleurs, on ne peut savoir dans quelle mesure l'augmentation des personnes prises en charge s'explique par une amplification du nombre total de personnes toxicomanes dans la région, provient d'une amélioration de leur accès

aux soins, ou encore vient d'une augmentation de l'offre de soins.

15 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement

Cartes 23, 24

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Méthodologie : Nous avons utilisé les données du système d'information mis en place par le Comité régional des politiques de santé, à partir du dépouillement des fiches soumises lors des appels à projet et des informations recueillies lors de l'instruction des projets par les groupes de suivi des PRS et le Comité de gestion des Programmes Régionaux de Santé (données 2001 mises à jour le 11 octobre 2001 et données 2000 mises à jour le 27 septembre 2000). Les actions analysées sont celles retenues pour un financement dans le cadre des Programmes Régionaux de Santé. Pour chaque analyse, nous avons présenté la répartition en % du nombre total d'actions et en % du financement total des actions.

Commentaire : Parmi les 159 actions sélectionnées, 50,3 % (50,8 % du financement total) visent à réduire les consommations de substances psychoactives, 14,3 % (16,5 % du financement) à réduire les dommages somatiques, psychiques et sociaux et 11,9 % (12,2 % du financement) à promouvoir la recherche en vue de l'amélioration des connaissances, la formation et l'évaluation. 23,3 % des actions (20,5 % du financement) concernent d'autres objectifs ou plusieurs de ces objectifs.

16 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Commentaire : 47,2 % des actions (56,8 % du financement) sont portées par des associations, 20,8 % (avec 6,8 % du financement) par l'Éducation Nationale et 10,1 % (12,0 % du financement) par des organismes de protection sociale.

17 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Commentaire : 39,6 % des actions (34,4 % du financement) concernent le département du Nord et 39,6 % (43,5 % du financement) le département du Pas-de-Calais. 20,8 % des actions (avec 22,1 % du financement) concernent l'ensemble de la région.

18 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Méthodologie : On a considéré que l'action était locale si le territoire concerné était au plus un seul arrondissement, les autres actions étant considérées comme départementales ou, si au moins un

Conduites de consommation à risque

arrondissement de chaque département était concerné, comme régionales. D'autre part, on a cartographié pour chaque arrondissement le nombre d'actions selon le PRS, selon le type d'action, selon le type de porteur. Pour chaque arrondissement, on a comptabilisé le nombre d'actions le concernant (certaines actions visant plusieurs arrondissement sont donc comptées plusieurs fois).

Commentaire : 60,4 % des actions (53,9 % du financement) visent un territoire local, 18,9 % (24,0 % du financement) un territoire départemental et 20,8 % (avec 22,1 % du financement) la région.

19 Répartition du financement des actions (en %) par financeur

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Commentaire : le PRS *Conduites de consommation à risque* est financé par l'État (43,1 % du financement), le Conseil Régional Nord - Pas-de-Calais (20,0 %), les Conseils Généraux du Pas-de-Calais (18,2 %) et du Nord (2,1 %), l'Assurance Maladie (11,2 %) et l'Agence Régionale d'Hospitalisation (5,4 %).



Cancers

- 01** Evolution du nombre moyen annuel de cas de cancers des Voies AéroDigestives Supérieures (VADS) selon leur localisation, dans le Nord – Pas-de-Calais **P 85**
- 02** Incidence des entrées en Affection de Longue Durée (ALD) pour cancer, par sexe, dans le Nord - Pas-de-Calais, en 1998 (taux pour 100 000, standardisés sur la population européenne) **P 85**
- 03** Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord – Pas-de-Calais, par département, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1996-1998 **P 86**
- 04** Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord – Pas-de-Calais, par département, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1996-1998 **P 87**
- 05** Données statistiques (en %) des activités de dépistage du cancer du sein dans le département du Nord **P 88**
- 06** Habitudes de prévention (en %) des femmes de référence des ménages du Nord – Pas-de-Calais **P 88**
- 07** Consommation de boissons alcooliques, tabac, fruits et légumes frais des ménages du Nord – Pas-de-Calais **P 89**
- 08** Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement **P 89**
- 09** Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement **P 90**
- 10** Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement **P 90**
- 11** Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement **P 91**
- 12** Répartition du financement des actions (en %) par financeur **P 91**

Cartes

01, 25, 26, 27

Cancers Challenge

Les cancers représentent un enjeu de Santé Publique majeur dans la région Nord - Pas-de-Calais : une part très importante de la mortalité leur est attribuée et, de plus, la région a une mortalité plus forte (voire beaucoup plus forte) que la moyenne française, en particulier pour certaines localisations importantes comme les cancers du poumon et des voies aéro-digestives supérieures chez l'homme. C'est pourquoi, dès sa première réunion en 1996, la Conférence Régionale de Santé a retenu les cancers comme thème prioritaire d'action.

Le Programme Régional de Santé *Challenge* s'est fixé quatre objectifs pour la période 1999-2002 :

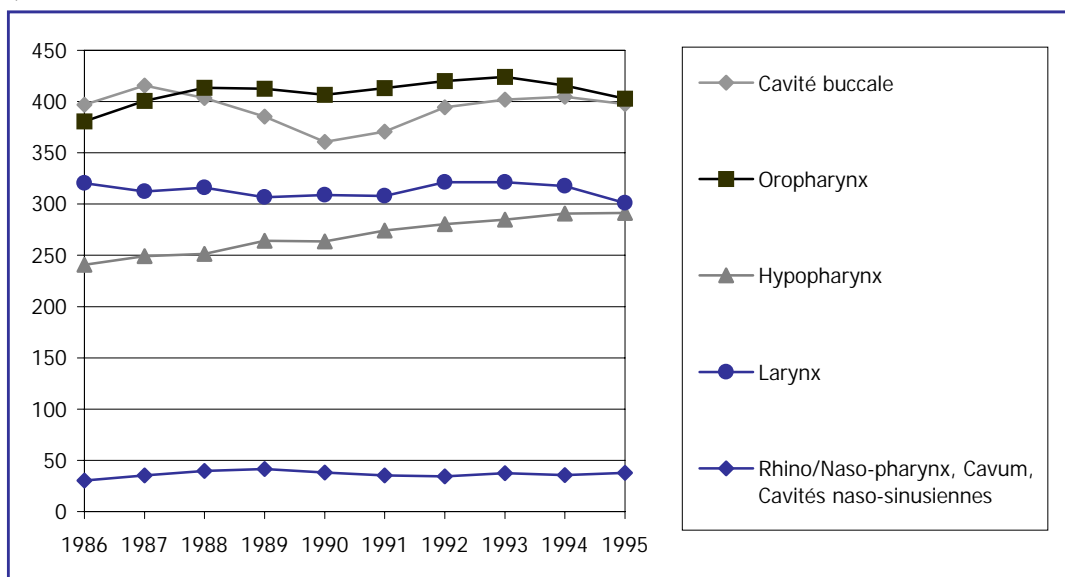
- réduire le nombre de décès prématurés causés par les cancers du poumon, du sein, des voies aéro-digestives supérieures, du colon et du rectum ; à long terme, par la prévention, à moyen terme par le dépistage et à court terme, et par la prise en charge ;
- améliorer la qualité de vie des malades et de leur entourage, par la prise en charge, les soins palliatifs ;
- réduire les inégalités d'accès à la prévention, au dépistage et aux soins ;
- faire évoluer les mentalités de la population, des professionnels et des institutionnels par rapport au cancer, en développant une culture commune.

Sur le plan opérationnel, le programme *Challenge* a débuté son activité en 1999. Le groupe de programmation a choisi cinq domaines d'action :

- la prévention, en privilégiant la prise en compte conjointe et globale de l'ensemble des déterminants ; l'équipe *Challenge* souhaite rejoindre les autres PRS dans une approche commune, en particulier pour les aspects liés à la nutrition ;
- le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et du colon et du rectum ; un Programme Régional de dépistage de ces trois types de cancer est maintenant soumis au ministère chargé de la Santé et à l'Assurance Maladie ;
- la prise en charge et le soin, pour accompagner la mise en œuvre du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, en cherchant à mieux associer les malades et leur entourage et en permettant le diagnostic précoce des cancers qui ne sont pas accessibles au dépistage ; une politique de soins articulés en réseaux est développée, en relation avec le SROS Cancérologie ;
- l'accompagnement des malades et les soins palliatifs, en particulier afin d'assurer la continuité des soins des personnes vivant avec un cancer incurable et d'accompagner la famille pendant la maladie et après le décès ; l'ensemble s'oriente vers approche régionale planifiée des soins palliatifs ;
- l'information en cancérologie, afin de mieux connaître l'incidence des cancers, leurs facteurs de risque et les représentations de la population.

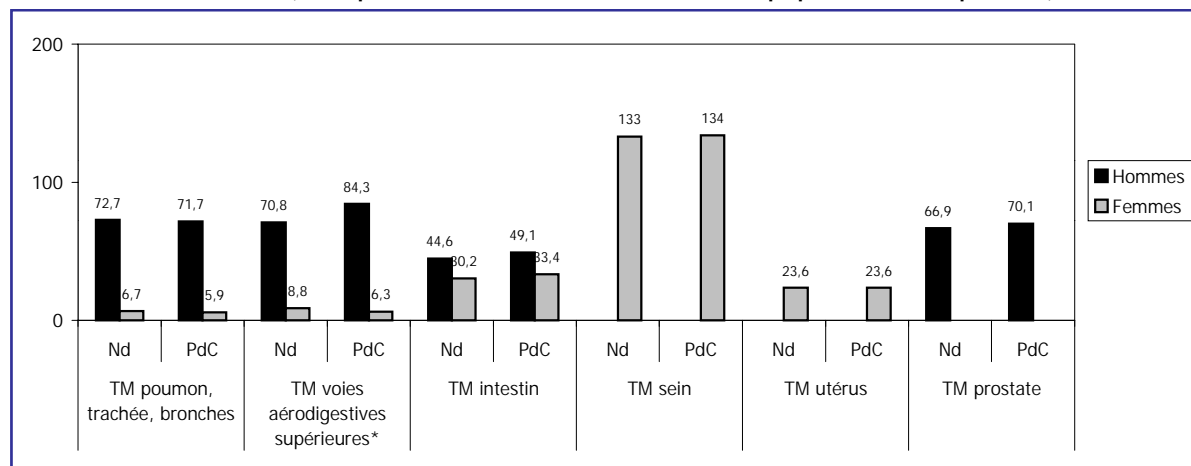
Cancers Challenge

01 Evolution du nombre moyen annuel de cas de cancers des Voies AéroDigestives Supérieures (VADS) selon leur localisation, dans le Nord – Pas-de-Calais



Source : Registre des cancers des voies aéro-digestives du Nord - Pas-de-Calais.

02 Incidence des entrées en Affection de Longue Durée (ALD) pour cancer, par sexe, dans le Nord - Pas-de-Calais, en 1998 (taux pour 100 000, standardisés sur la population européenne)

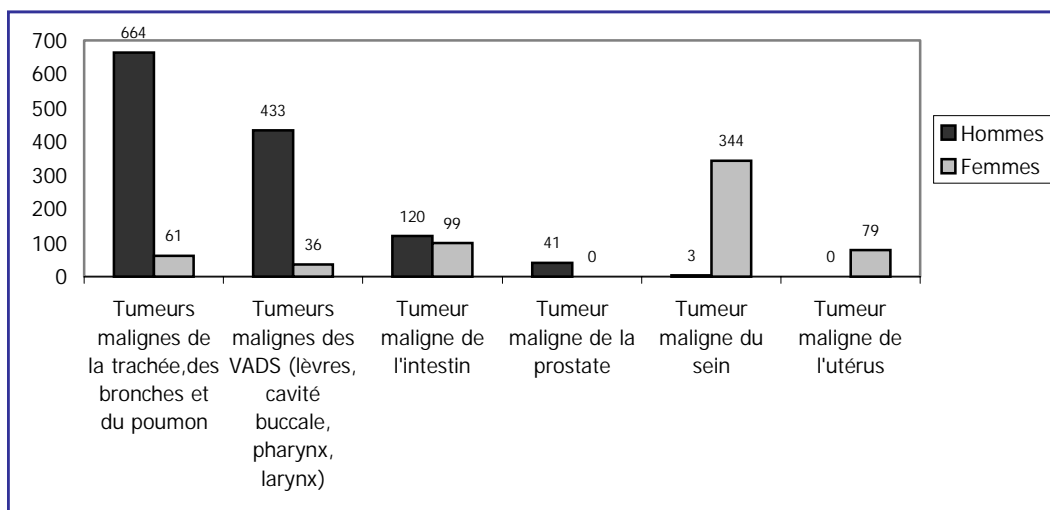


*Lèvres, cavité buccale, pharynx, larynx

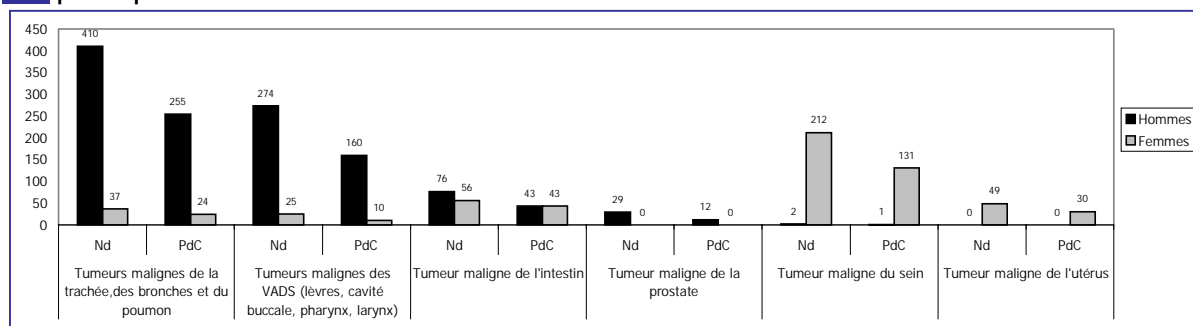
Source : Registre des services médicaux du régime général d'assurance maladie, de l'AMPI, de la MSA et des Mines.

Cancers Challenge

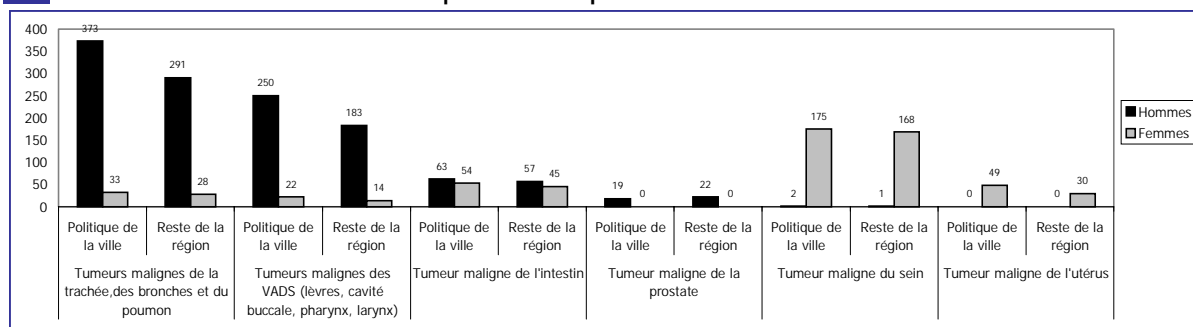
03A Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1996-1998



03B par département



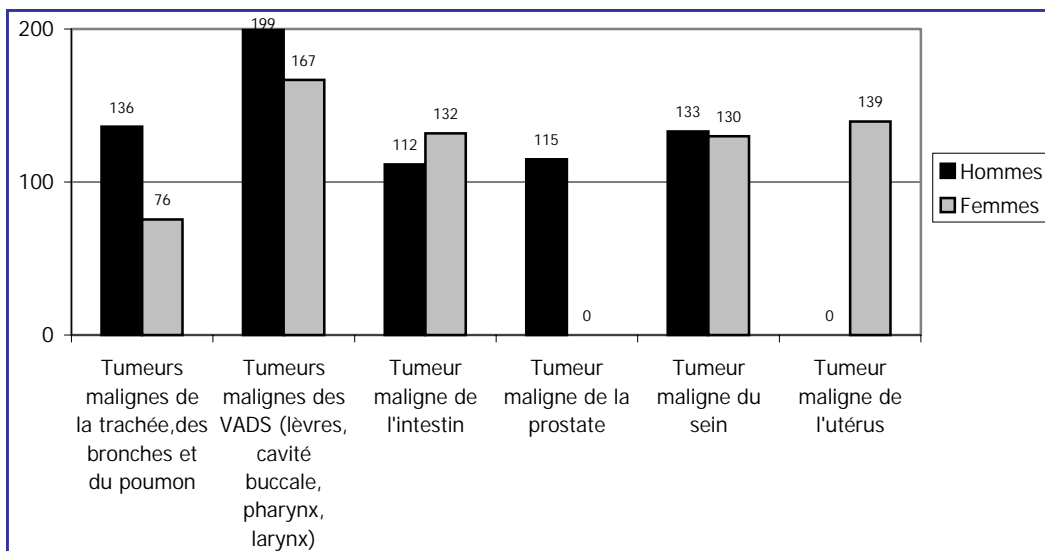
03C dans les communes concernées par la Politique de la Ville



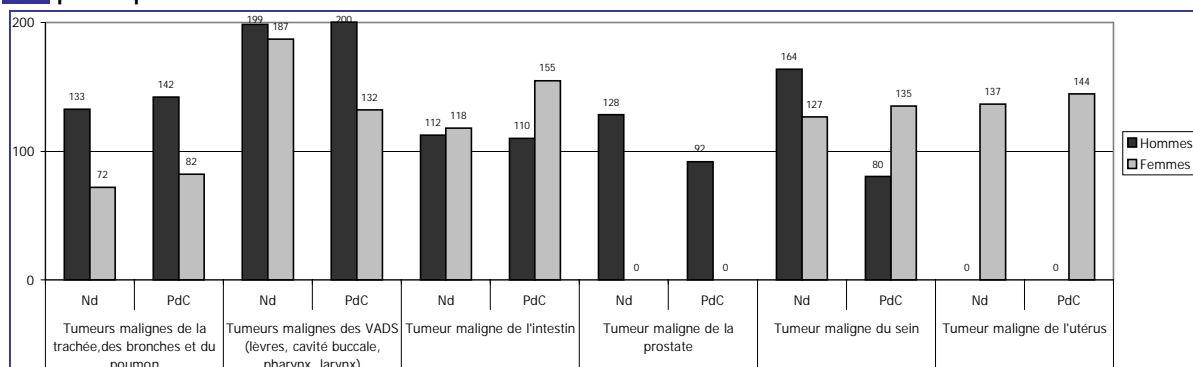
Source : INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès-CépiDc, INSEE.

Cancers Challenge

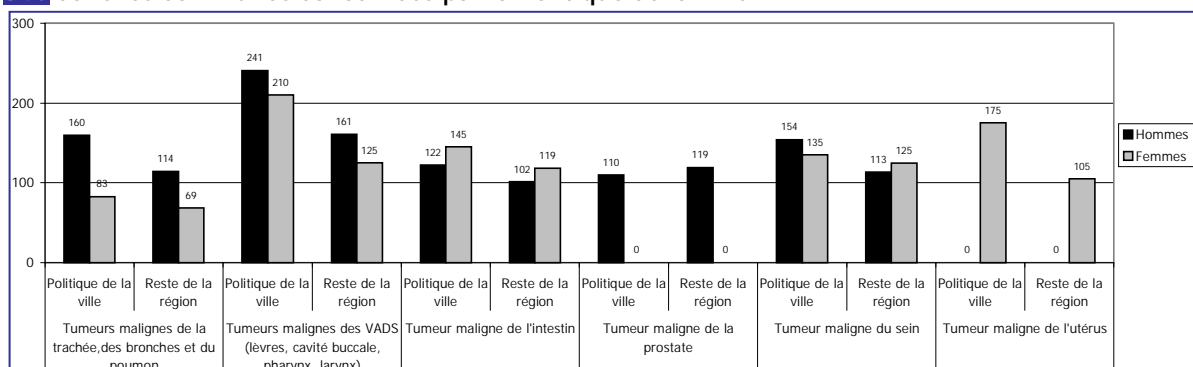
04A Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1996-1998



04B par département



04C dans les communes concernées par la Politique de la Ville



Source : INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès-CépiDc, INSEE.

Cancers Challenge

05 Données statistiques (en %) des activités de dépistage du cancer du sein dans le département du Nord

	Vague 1				Vague 2
	1997	1998	1999	2000	2001**
Mammographies de dépistage					
Population visée non corrigée*	247632	247632	247632	247632	303428
Population invitée***	35610	89056	164000	213820	102626
Taux cumulé d'invitation	14,4%	36,0%	66,3%	86,4%	33,8%
Nombre cumulé de mammothèses	5573	22814	44620	65855	11139
Taux cumulé de participation	2,3%	9,2%	18,0%	26,6%	3,7%
Nombre cumulé de cancers confirmés	57	222	443	621	41
Mammographies individuelles					
Nombre	-	37218	31673	35512	-
Taux de couverture	-	15,0%	12,8%	14,3%	-

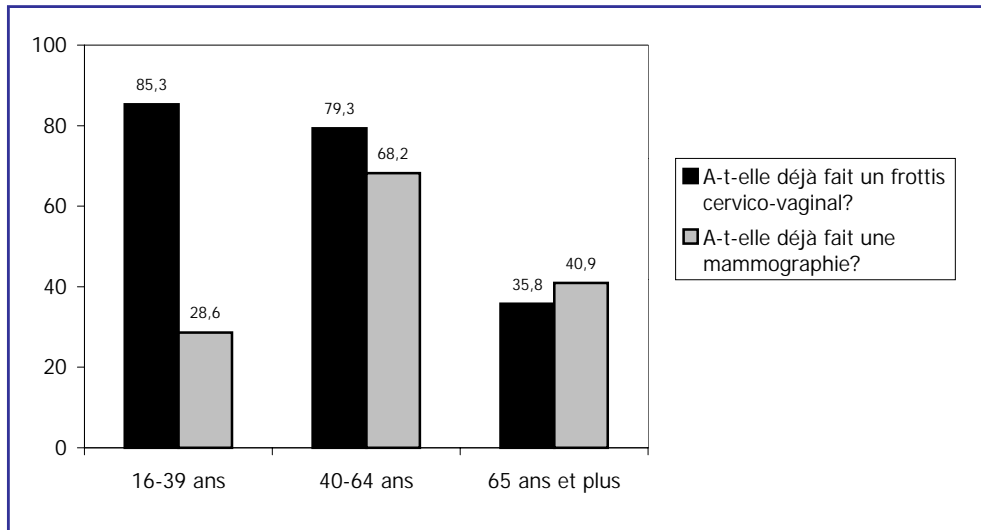
*INSEE, Recensement général de la population de 1999

**Janvier à octobre

***Effet corrigé

Source : Association pour le dépistage du cancer du sein dans le département du Nord.

06 Habitudes de prévention (en %) des femmes de référence* des ménages du Nord – Pas-de-Calais

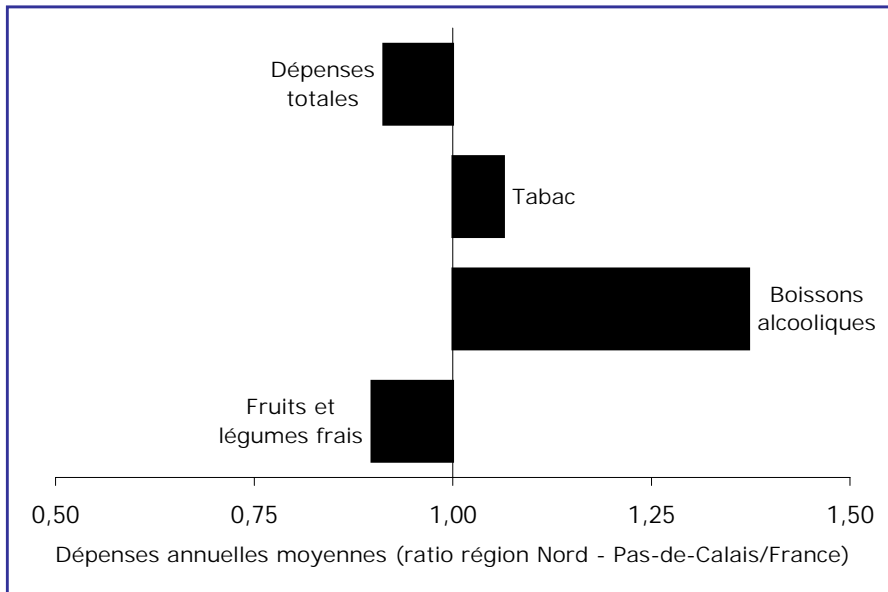


*selon le cas : femme célibataire, épouse ou mère de famille

Source : ORS Nord - Pas-de-Calais.

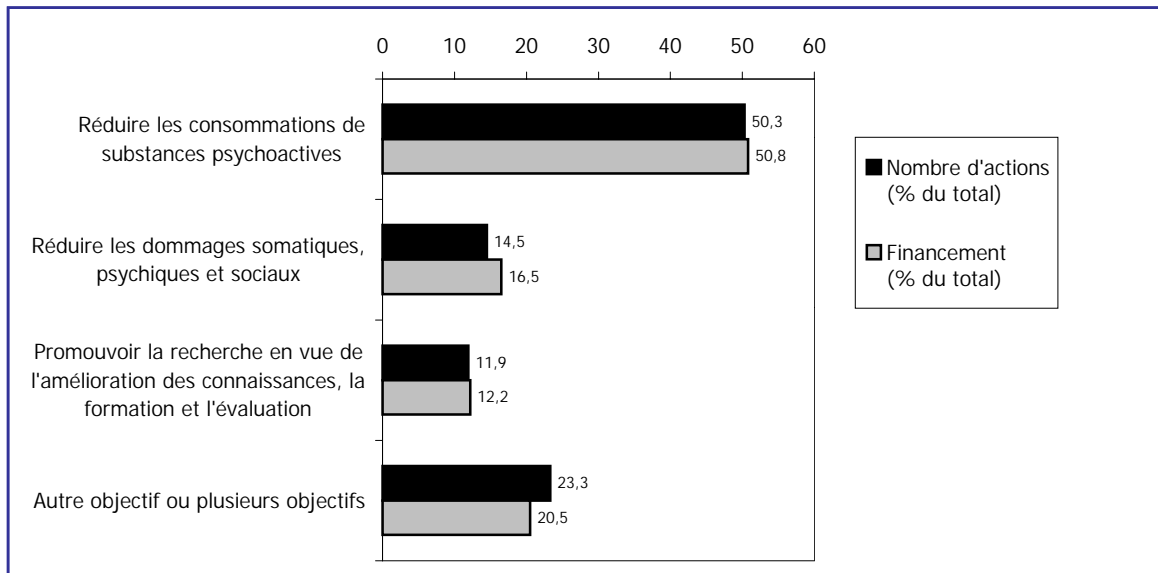
Cancers Challenge

07 Consommation de boissons alcooliques, tabac, fruits et légumes frais des ménages du Nord – Pas-de-Calais



Source : INSEE, enquête Budget des familles, 1995.

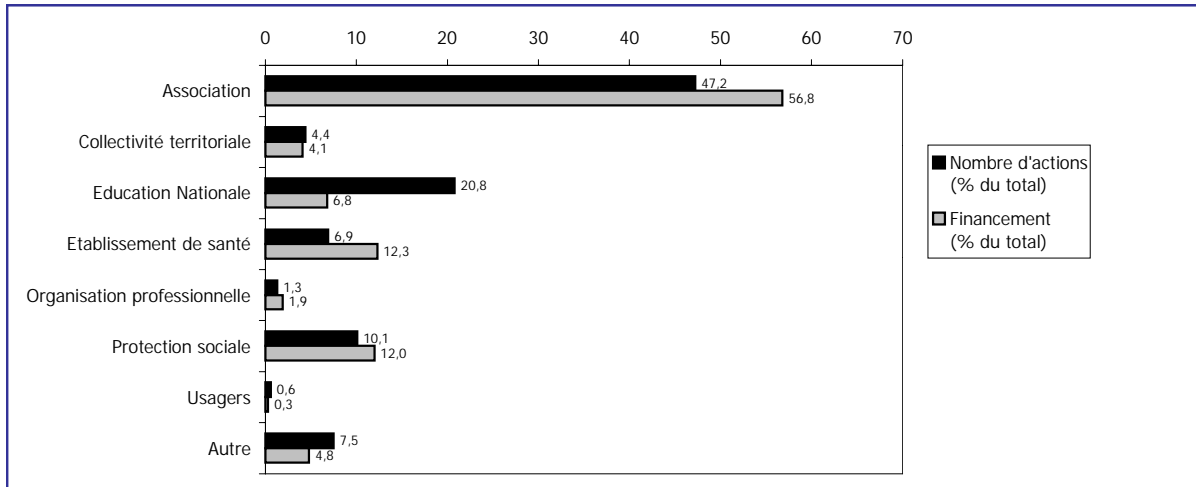
08 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

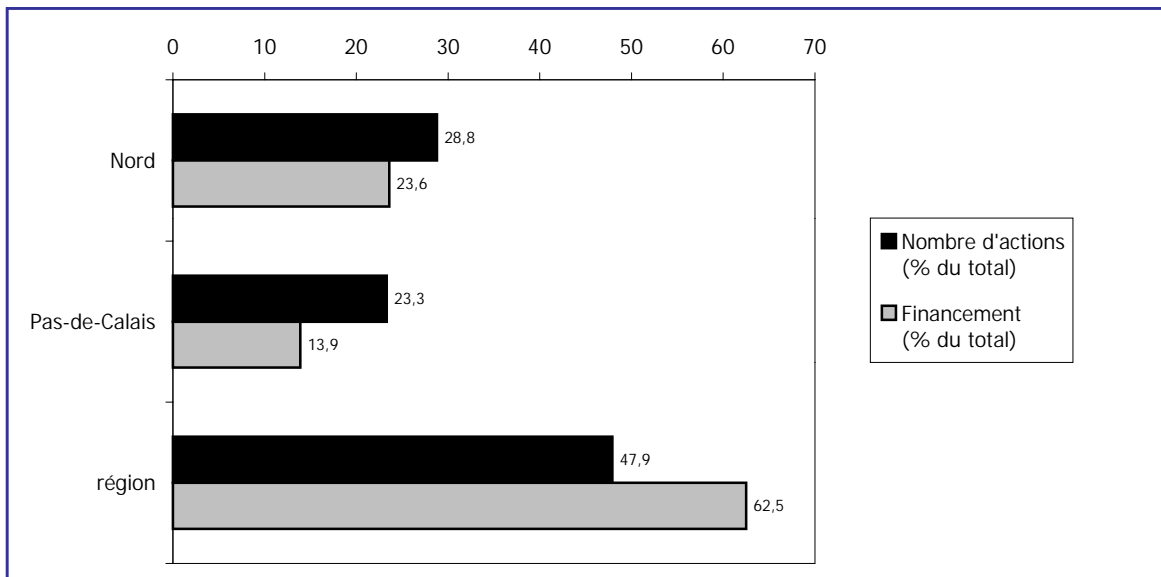
Cancers Challenge

09 Répartition par type de porteur d'actions du nombre d'actions et de leur financement



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

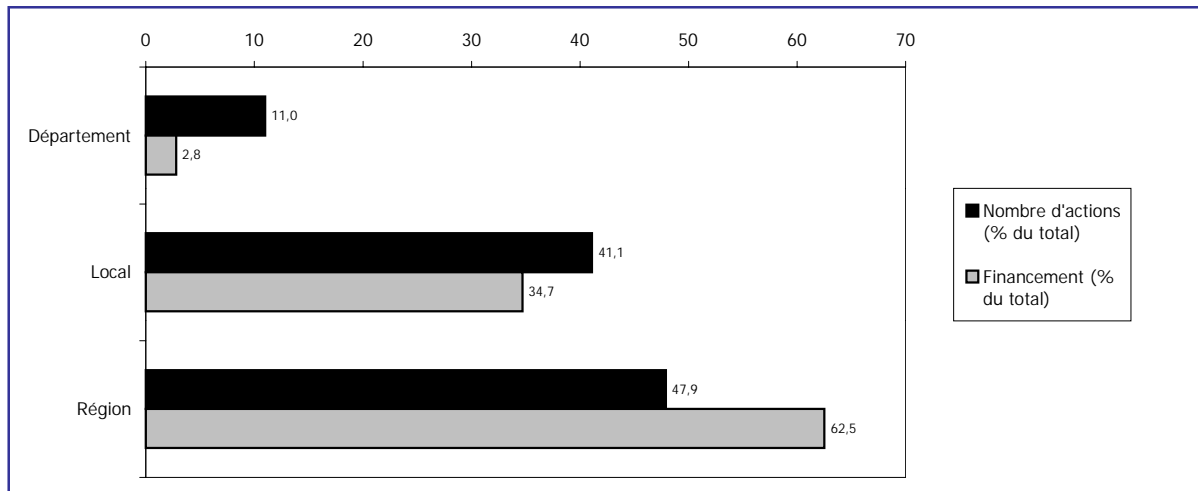
10 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

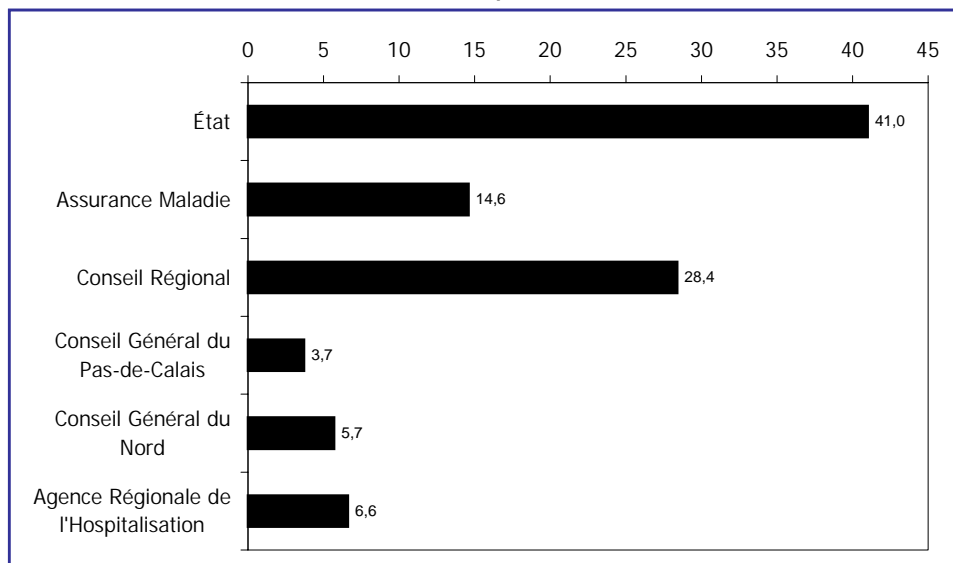
Cancers Challenge

11 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

12 Répartition du financement des actions (en %) par financeur



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

01 Evolution du nombre moyen annuel de cas de cancers des Voies Aéro-Digestives Supérieures (VADS) selon leur localisation, dans le Nord – Pas-de-Calais

Sources : Registre des cancers des voies aéro-digestives du Nord - Pas-de-Calais.

Méthodologie : Pour chaque année, nous avons calculé la moyenne mobile, centrée sur trois ans, du nombre de nouveaux cas enregistrés de cancers des voies aéro-digestives.

Commentaire : Entre 1986 et 1995, le registre des cancers des voies aéro-digestives du Nord - Pas-de-Calais a enregistré, en moyenne, 1425 nouveaux cas par an. Les localisations les plus fréquentes sont l'oropharynx (29 % des cas), la cavité buccale (28 %) et le larynx (22 %). Les arrondissements de l'ex-Bassin minier et du Littoral sont les plus touchés. Les ICM y dépassent très fréquemment la valeur 200.

02 Incidence des entrées en Affection de Longue Durée (ALD) pour cancer, par sexe, dans le Nord - Pas-de-Calais, en 1998 (taux pour 100 000, standardisés sur la population européenne)

Source : Registre des services médicaux du régime général d'assurance maladie, de l'AMPI, de la MSA et des Mines.

Méthodologie : Dans le cadre des actions du PRS *Challenge* ayant pour thème l'information en cancérologie, les services médicaux des 4 régimes d'Assurance Maladie (régime général, AMPI, mines et MSA) ont évalué l'incidence des cancers dans la région Nord-Pas-de-Calais, à l'aide des données concernant les entrées dans le régime des affections de longue durée pour cancer. Les données sont présentées sous forme de taux standardisés (sur une population européenne standard) et elles concernent l'année 1998. La population couverte représente 98 % de la population de la région.

Commentaire : Les tumeurs les plus fréquemment à l'origine d'une entrée en affection de longue durée sont les tumeurs malignes du sein chez les femmes, avec un taux standardisé supérieur à 130 pour 100 000.

03 Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord – Pas-de-Calais, par département, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1996-1998

Source : INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès-CépiDc, INSEE.

Méthodologie : Il s'agit du nombre annuel moyen de décès survenus avant 65 ans, pendant la période 1996-1998.

Commentaire : Pendant la période 1996-1998, les tumeurs ont causé 10 703 décès prématurés dans la région Nord - Pas-de-Calais, soit en moyenne 3568 décès par an (2481 chez les hommes et 1087 chez les femmes). Chez les hommes, les cancers du poumon et des voies aéro-digestives supérieures représentent, au total, plus de 40 % des décès

prématurés par cancer. Chez les femmes, ce sont les cancers du sein qui constituent de loin la première cause avec un tiers des décès prématurés par cancer. Cette mortalité est présente dans l'ensemble de la région, et tend à affecter tout le sud est ; depuis Dunkerque jusqu'à Avesnes-sur-Helpes, en se renforçant dans les deux arrondissements de Béthune et Lens.

04 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord – Pas-de-Calais, par département, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1996-1998

Source : INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès-CépiDc, INSEE.

Méthodologie : L'indice Comparatif de Mortalité permet de comparer la mortalité de différentes zones géographiques, en tenant compte des différences de structure par âge de leurs populations. Il est calculé en divisant le nombre de décès observés au sein d'une zone géographique par le nombre de décès calculé en appliquant à la zone géographique concernée les taux de mortalité par âge de la population de référence (ici la France). Un indice de 100 signifie que le niveau de mortalité de la zone est équivalent à celui de la France

Commentaire : Pour la période 1996-1998, l'indice de comparatif de mortalité par cancers avant 65 ans de la région Nord - Pas-de-Calais est plus élevé que la moyenne française et ce, dans les deux. L'écart avec la moyenne française est le plus marqué pour les cancers des voies aéro-digestives supérieures, aussi bien chez les hommes (199), que chez les femmes (167). Il est aussi très marqué, chez les hommes, pour les tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon (136) et, chez les femmes, pour les tumeurs malignes de l'intestin (132), du sein (130) et de l'utérus (139).

05 Données statistiques (en %) des activités de dépistage du cancer du sein dans le département du Nord

Carte 25

Source : Association pour le dépistage du cancer du sein dans le département du Nord.

Méthodologie : Le tableau présente le bilan au 24 octobre 2001 des activités de dépistage du cancer du sein entreprises par l'ADCSN, depuis septembre 1997. Une première campagne a été entreprise entre 1997 et 2000 : elle visait les 250 000 femmes de 50 à 69 ans du département du Nord. Une deuxième campagne a été débutée en 2001 : elle est élargie aux 300 000 femmes de 50 à 74 ans du département.

La population invitée à participer au dépistage est présentée sous forme d'effectif corrigé (en excluant les femmes n'habitant pas à l'adresse où l'invitation a été envoyée, les femmes décédées, celles ayant refusé de participer, ayant un cancer du sein ou ayant bénéficié d'une mammographie depuis moins d'un an).

Commentaire : De 1997 à 2000, 213 820 femmes de 50 à 69 ans ont été invitées à participer à la campagne de dépistage. 65 855 mammothests ont pu être réalisés, soit un taux de participation cumulé sur les 3 ans de 27 %. Ces tests ont permis la découverte de 621 cas de cancers du sein confirmés. Il convient d'ajouter que les données transmises par les radiologues participants au réseau animé par l'ADCSN ont permis d'estimer entre 35 512 et 37 218 le nombre de mammographies individuelles, réalisées chaque année en dehors du cadre de la campagne, entre 1998 et 2000.

Depuis 2001, la nouvelle campagne a permis d'inviter 102 626 femmes de 50 à 74 ans, soit 33,8 % des femmes visées.

06 Habitudes de prévention (en %) des femmes de référence des ménages du Nord – Pas-de-Calais

Source : ORS Nord - Pas-de-Calais.

Méthodologie : L'Observatoire Régional de la Santé a réalisé, en 1998, une enquête auprès d'un échantillon représentatif de 1383 ménages de la région Nord-Pas-de-Calais, sur les représentations, habitudes et comportements de la population vis-à-vis du système de soins.

Commentaire : Parmi les femmes de référence (selon le cas, conjointe de la personne de référence du ménage ou personne de référence du ménage) des ménages interrogés, 22 % n'ont jamais réalisé ni frottis cervico-vaginal ni mammographie. La fréquence du recours déclaré au frottis cervico-vaginal au cours de la vie varie de 85 % entre 16 et 39 ans à 36 % après 65 ans. En ce qui concerne la mammographie, le recours déclaré au cours de la vie est maximal entre 40 et 64 ans (68 %) mais est plus faible après 65 ans (41 %) et surtout avant 40 ans (29 %).

07 Consommation de boissons alcooliques, tabac, fruits et légumes frais des ménages du Nord – Pas-de-Calais

Source : INSEE, enquête Budget des familles, 1995.

Méthodologie : L'INSEE a réalisé, en 1995, une enquête sur le Budget des familles, auprès d'un échantillon représentatif d'environ 10 000 ménages de France métropolitaine. Nous avons présenté les dépenses annuelles moyennes des ménages, et la part des boissons alcooliques, du tabac et des fruits et légumes frais. Afin de tenir compte des différences entre régions en ce qui concerne les dépenses totales ; nous avons calculé pour chaque poste budgétaire présenté le ratio entre les dépenses moyennes annuelles en francs des ménages de la région Nord - Pas-de-Calais sur les dépenses annuelles moyennes des ménages de France métropolitaine (un ratio de 1 indique que les dépenses annuelles des ménages de la région sont identiques, en moyenne, à celles de la moyenne des ménages français).

Commentaire : Les ménages de la région Nord - Pas-de-Calais dépensent, en moyenne, 3 695 FF par an en boissons alcooliques (soit 37 % de plus que la moyenne française), 1 836 FF en tabac (6 % de plus que la moyenne française), 2 732 FF en fruits et légumes frais (soit 10 % de moins que la moyenne française), alors que le niveau moyen annuel des dépenses totales est de 175 121 FF (soit 9 % de moins que la moyenne française).

08 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement

Cartes 26, 27

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Méthodologie : Nous avons utilisé les données du système d'information mis en place par le Comité Régional des Politiques de Santé, à partir du dépouillement des fiches soumises lors des appels à projet et des informations recueillies lors de l'instruction des projets par les groupes de suivi des PRS et le Comité de gestion des Programmes Régionaux de Santé (données 2001 mises à jour le 11 octobre 2001 et données 2000 mises à jour le 27 septembre 2000). Les actions analysées sont celles retenues pour un financement dans le cadre des Programmes Régionaux de Santé. Pour chaque analyse, nous avons présenté la répartition en % du nombre total d'actions et en % du financement total des actions.

Commentaire : Parmi les 73 actions sélectionnées, 28,8 % (26,0 % du financement total) ont pour thème l'accompagnement et les soins palliatifs, 19,2 % (16,5 % du financement) le dépistage et 17,8 % (34,9 % du financement) la prévention.

09 Répartition par type de porteur d'actions du nombre d'actions et de leur financement

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Commentaire : 54,8 % des actions (51,9 % du financement) sont portées par des associations, 20,5 % (avec 25,8 % du financement) par des organismes de protection sociale, 8,2 % (avec 8,0 % du financement) par des établissements de santé et 8,2 % (8,6 % du financement) par des organisations professionnelles.

10 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Commentaire : 28,8 % des actions (23,6 % du financement) concernent le département du Nord et 23,3 % (13,9 % du financement) le département du Pas-de-Calais. 47,9 % des actions (avec 62,5 % du financement) concernent l'ensemble de la région.

Cancers Challenge

11 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Méthodologie : On a considéré que l'action était locale si le territoire concerné était au plus un seul arrondissement, les autres actions étant considérées comme départementales ou, si au moins un arrondissement de chaque département était concerné, comme régionales. D'autre part, on a cartographié pour chaque arrondissement le nombre d'actions selon le PRS, selon le type d'action, selon le type de porteur. Pour chaque arrondissement, on a comptabilisé le nombre d'actions le concernant (certaines actions visant plusieurs arrondissement sont donc comptées plusieurs fois).

Commentaire : 41,1 % des actions (34,7 % du financement) visent un territoire local, 11,0 % (2,8 % du financement) un territoire départemental et 47,9 % (avec 62,5 % du financement) la région.

12 Répartition du financement des actions (en %) par financeur

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Commentaire : Le PRS *Challenge* est financé par l'État (41,0 % du financement), le Conseil Régional Nord - Pas-de-Calais (28,4 %), l'Assurance Maladie (14,6 %) et les Conseils Généraux du Nord (5,7 %) et du Pas-de-Calais (3,7 %), et l'Agence Régionale d'Hospitalisation (6,6 %).



Santé cardiovasculaire

- 01** Incidence des cardiopathies ischémiques dans les villes de Lille, Strasbourg et Toulouse, en 1997-1998 **P 97**
- 02** Dépenses en tabac, fruits, légumes frais et matières grasses des ménages du Nord – Pas-de-Calais **P 97**
- 03** Nombre annuel moyen de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord – Pas-de-Calais, par département, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1996-1998 **P 98**
- 04** Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par cardiopathies ischémiques, maladies cardiovasculaires cérébrales et autres maladies de l'appareil circulatoire, par sexe et par cause, dans le Nord – Pas-de-Calais, par département, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1996-1998 **P 99**
- 05** Proportion (en %) de patients ayant un problème de poids, par sexe, dans la clientèle des médecins généralistes, région Nord – Pas-de-Calais **P 100**
- 06** Proportion (en %) de patients ayant un problème de diabète, par sexe, dans la clientèle des médecins généralistes, région Nord – Pas-de-Calais **P 100**
- 07** Proportion (en %) de patients ayant un antécédent familial de cardiopathie, par sexe, dans la clientèle des médecins généralistes, région Nord – Pas-de-Calais **P 101**
- 08** Proportion (en %) de patients fumeurs, par sexe, dans la clientèle des médecins généralistes, région Nord – Pas-de-Calais **P 101**
- 09** Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement **P 102**
- 10** Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement **P 102**
- 11** Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement **P 103**
- 12** Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement **P 103**
- 13** Répartition du financement des actions (en %) par financeur **P 104**

Cartes

01, 11, 28, 29, 30, 31

Santé cardiovasculaire

Les maladies cardiovasculaires par leur importance et la somme des problèmes et des handicaps liés aux atteintes vasculaires, aux accidents vasculaires cérébraux et aux complications rénales (nombre élevé de personnes atteintes, nombre des complications, handicaps et souffrances liés à ces atteintes), font de cette pathologie une priorité d'action de la Conférence Régionale de Santé.

Le constat réalisé dans le cadre des PRS, montre que le gain de santé passe par trois étapes :

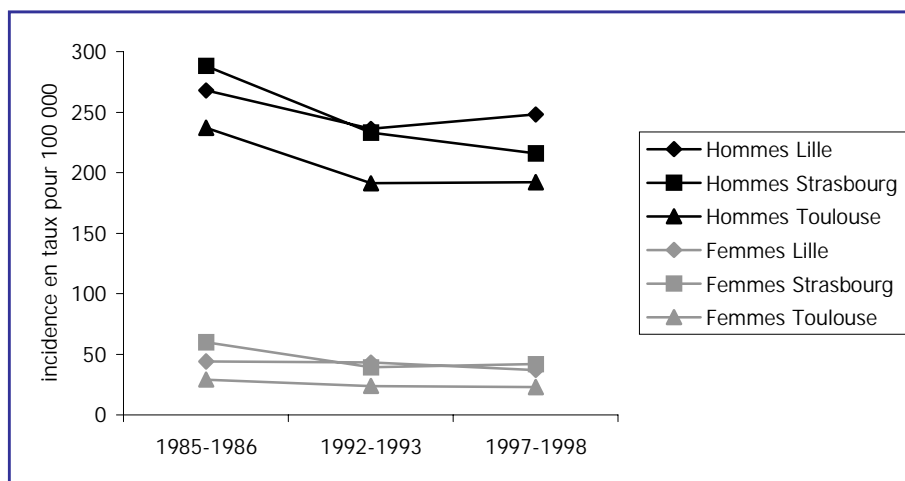
- le développement de la prévention primaire cardiovasculaire, par la promotion de nouvelles conduites alimentaires et de nouveaux équilibres nutritionnels, ainsi que par la lutte contre la sédentarité (promotion de l'activité physique adaptée et lutte contre la sédentarité chez l'enfant).
- la mise en place plus précoce d'actions plus efficaces concernant les facteurs de risques, en développant la santé cardiovasculaire au travail, et en apportant une aide pour une meilleure connaissance et une meilleure maîtrise du risque vasculaire individuel (promotion de l'éducation du patient).
- l'Amélioration du recours à l'urgence et à la réhabilitation physique et sociale dès la maladie, en développant l'accompagnement, le suivi et la réadaptation des personnes atteintes.

Afin d'adopter les stratégies adéquates à la réalisation des étapes ci-dessus, il convient de rechercher des indicateurs liés, d'une part, à la prise en charge, et d'autre part, aux écarts de comportements (alimentaire, hygiène de vie, utilisation des services, etc.). Les différents indicateurs retenus à cet effet sont :

- l'incidence des cardiopathies ischémiques ;
- la consommation en tabac, fruits, légumes frais et matières grasses ;
- la mortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires ;
- les facteurs de risque tels : l'obésité, le diabète et l'antécédent familial de cardiopathie ;
- les financements des actions de santé.

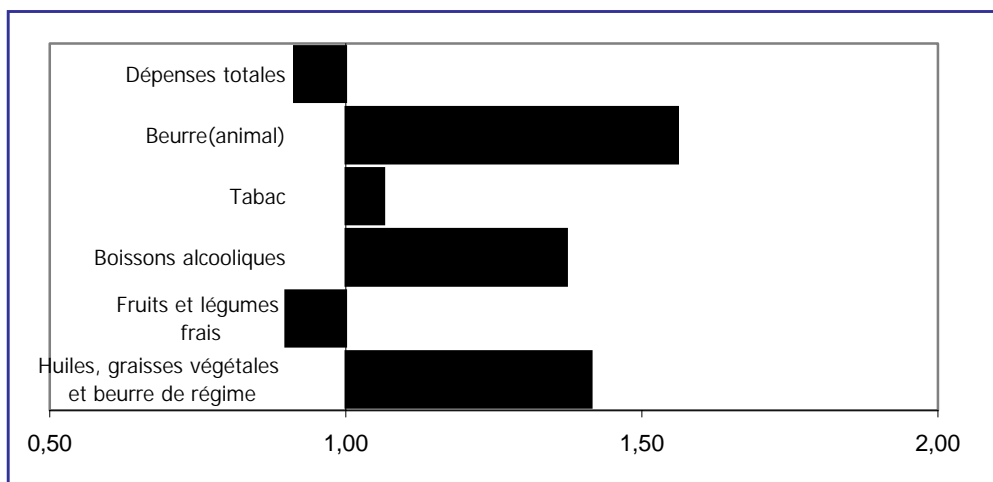
Santé cardiovasculaire

01 Incidence des cardiopathies ischémiques dans les villes de Lille, Strasbourg et Toulouse, en 1997-1998



Source : Registre MONICA Lille 2000. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

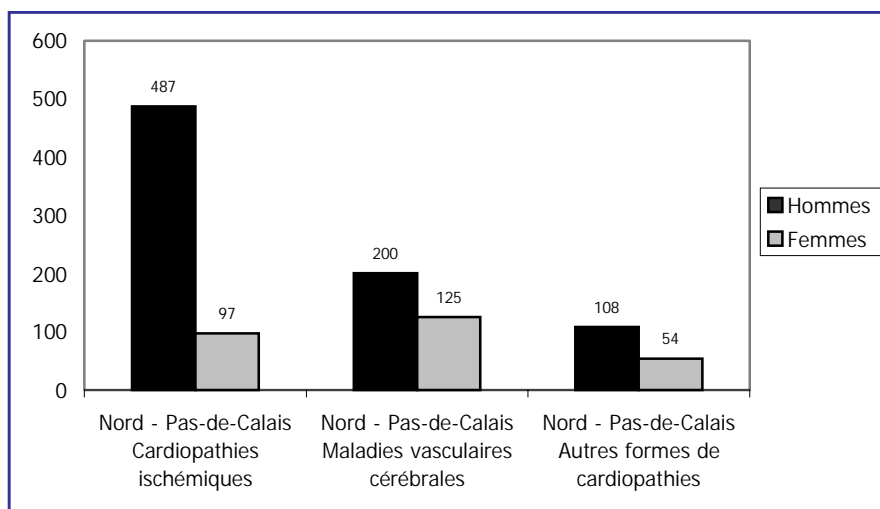
02 Dépenses en tabac, fruits, légumes frais et matières grasses des ménages du Nord – Pas-de-Calais



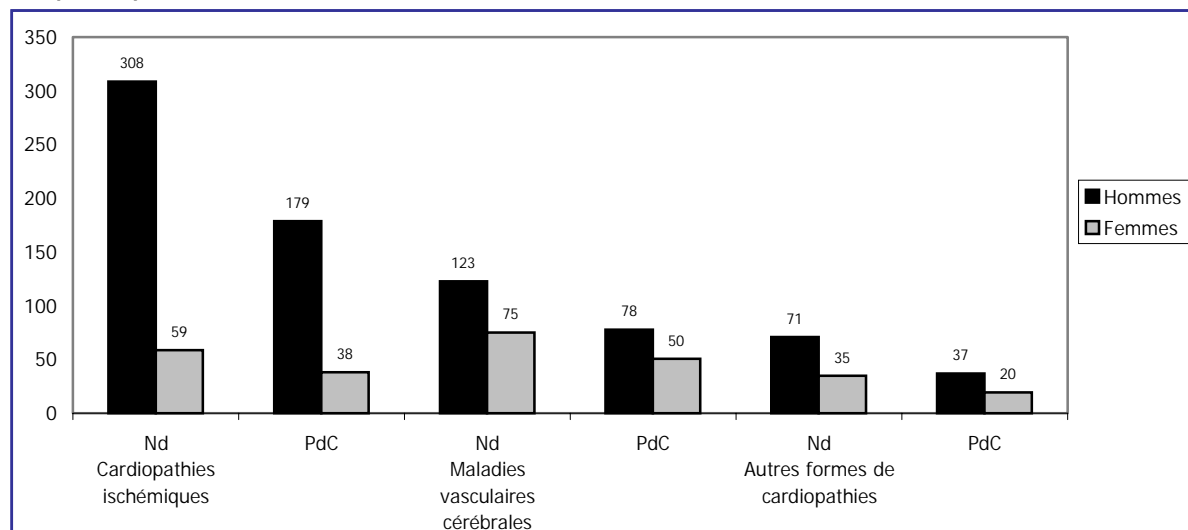
Source : INSEE, Enquête Budget des ménages 1995. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Santé cardiovasculaire

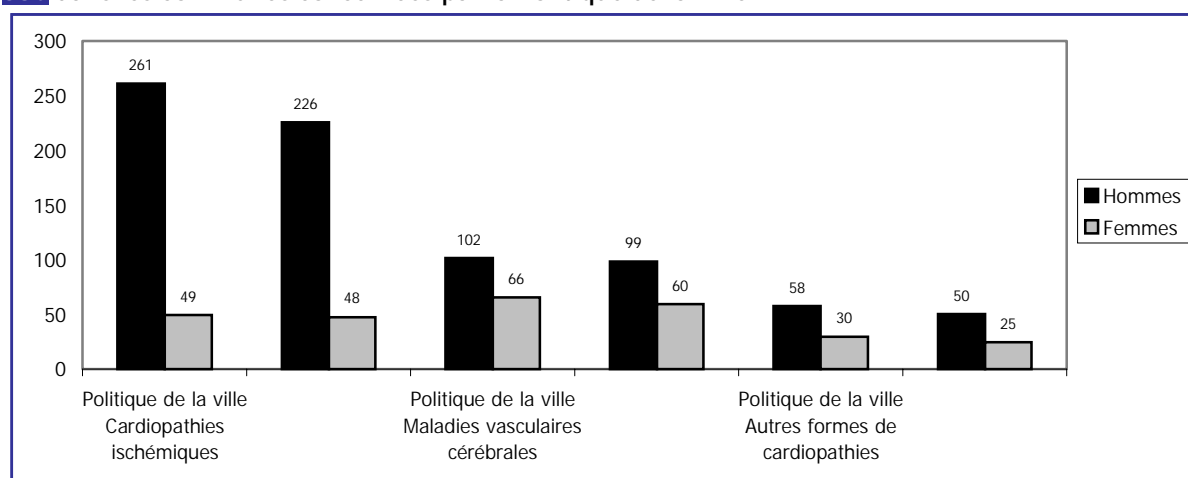
03A Nombre annuel moyen de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1996-1998



03B par département



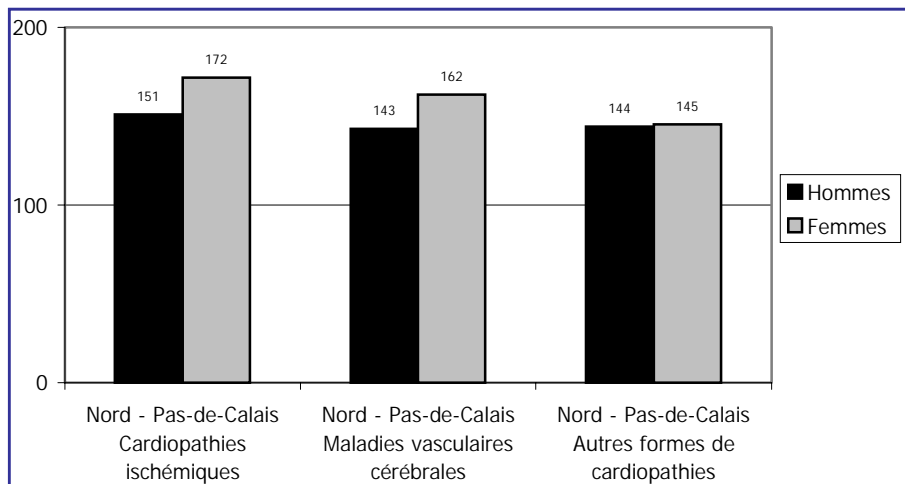
03C dans les communes concernées par la Politique de la Ville



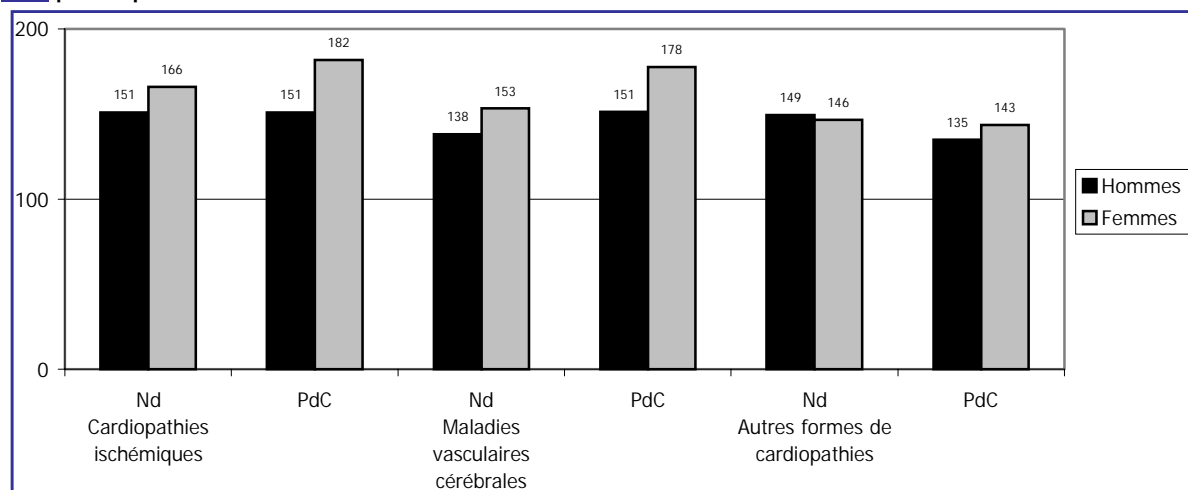
Source : INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès-CépiDc. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Santé cardiovasculaire

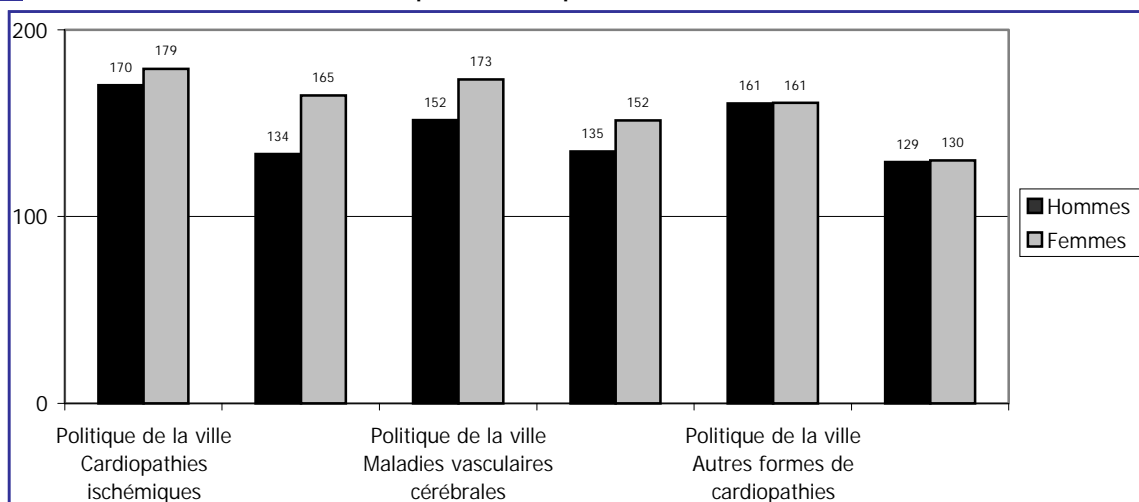
04A Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans par cardiopathies ischémiques, maladies cardiovasculaires cérébrales et autres maladies de l'appareil circulatoire, par sexe et par cause, dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1996-1998



04B par département



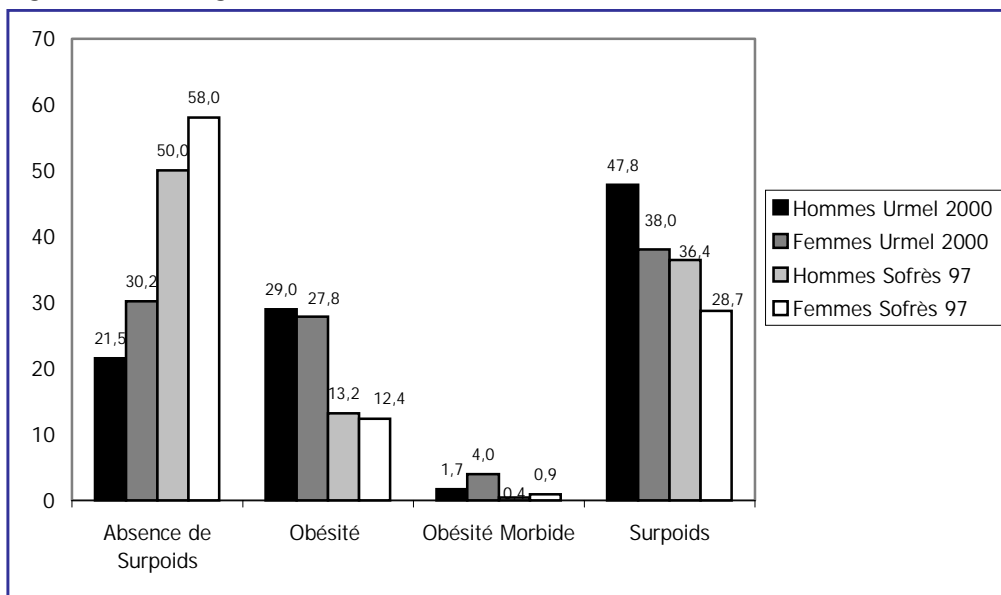
04C dans les communes concernées par la Politique de la Ville



Source : INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès-CépiDc. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

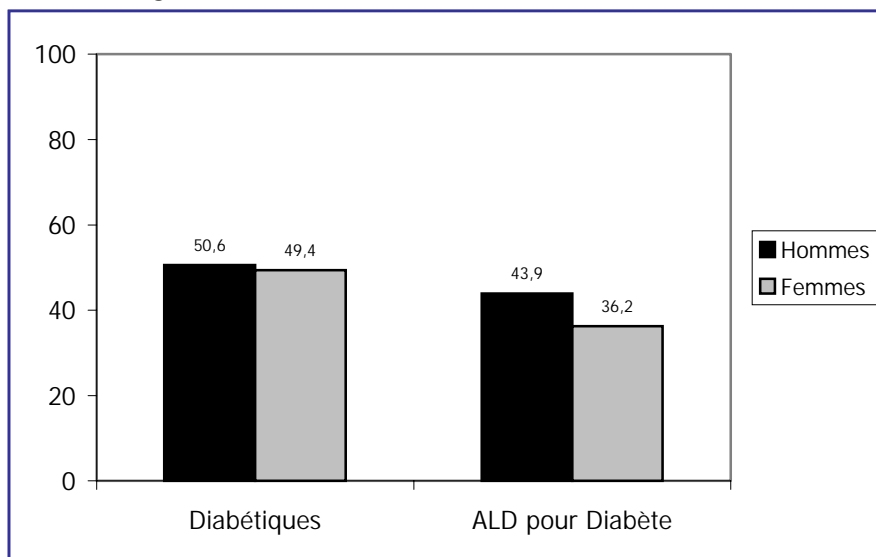
Santé cardiovasculaire

05 Proportion (en %) de patients ayant un problème de poids, par sexe, dans la clientèle des médecins généralistes, région Nord – Pas-de-Calais



Source : URMEL, *Prise en charge des patients hypertendus dans la région Nord – Pas-de-Calais, 2000. Enquête Sofrès Roche, 1997.*

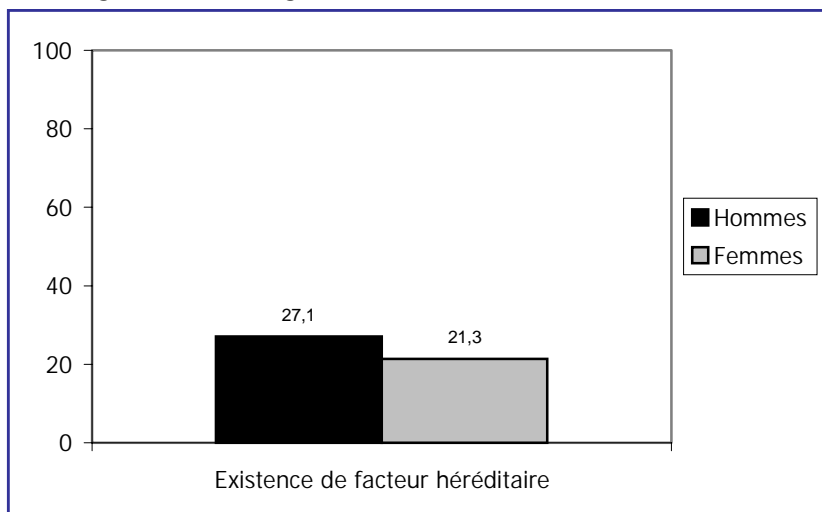
06 Proportion (en %) de patients ayant un problème de diabète, par sexe, dans la clientèle des médecins généralistes, région Nord – Pas-de-Calais



Source : URMEL, *Prise en charge des patients hypertendus dans la région Nord – Pas-de-Calais, 2000.*

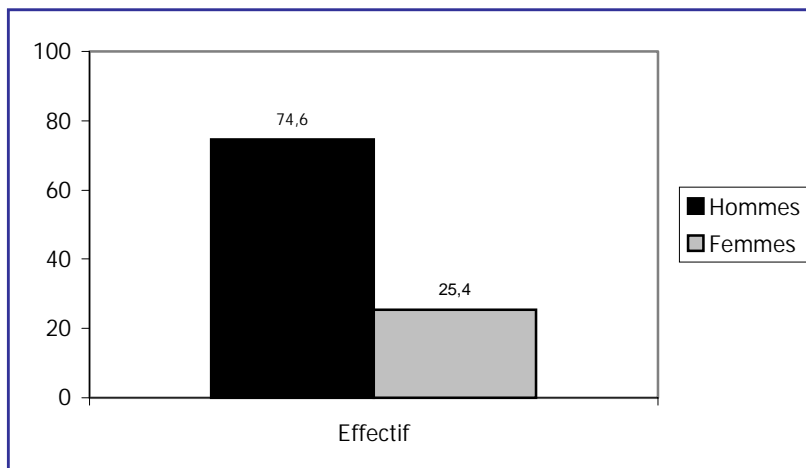
Santé cardiovasculaire

07 Proportion (en %) de patients ayant un antécédent familial de cardiopathie, par sexe, dans la clientèle des médecins généralistes, région Nord – Pas-de-Calais



Source : URMEL, *Prise en charge des patients hypertendus dans la région Nord – Pas-de-Calais, 2000.*

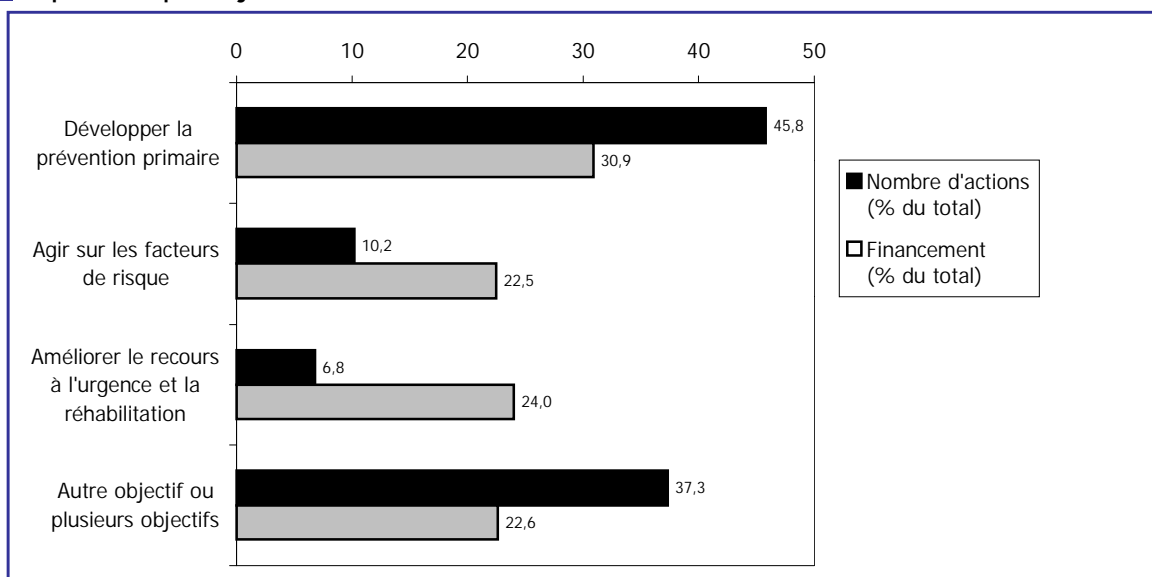
08 Proportion (en %) de patients fumeurs, par sexe, dans la clientèle des médecins généralistes, région Nord – Pas-de-Calais



Source : URMEL, *Prise en charge des patients hypertendus dans la région Nord – Pas-de-Calais, 2000.*

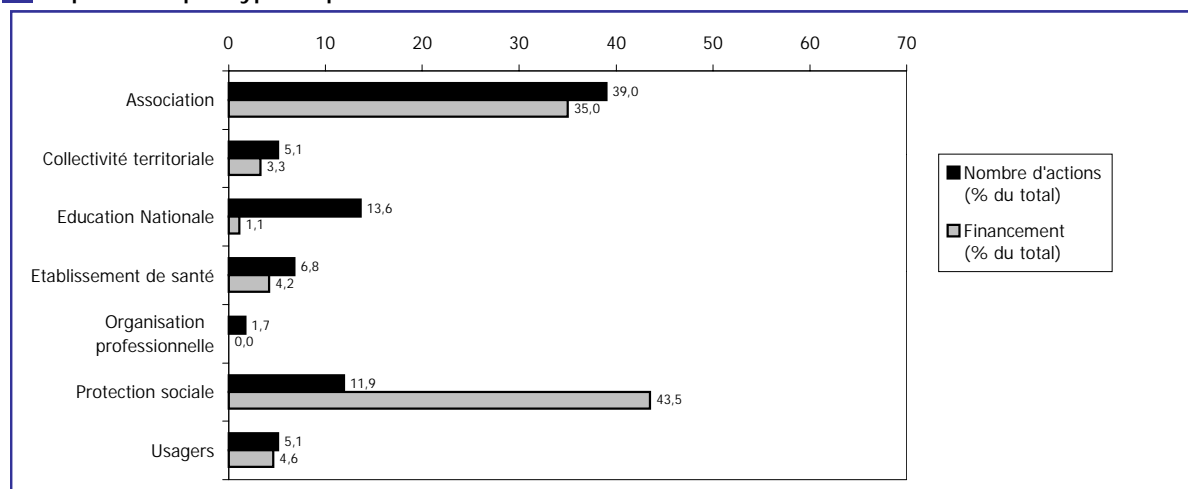
Santé cardiovasculaire

09 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

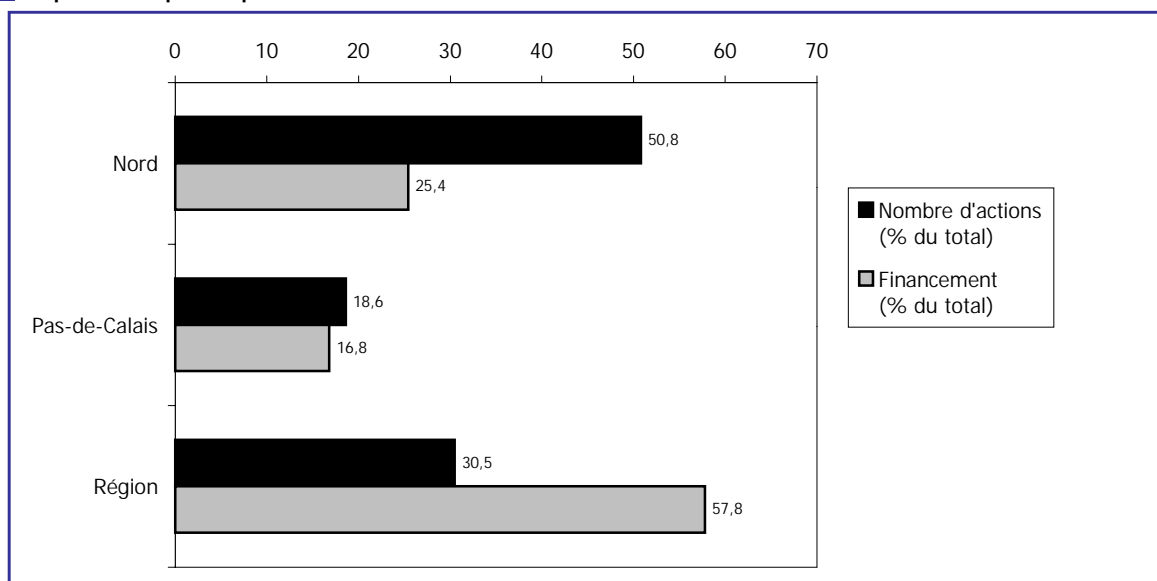
10 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

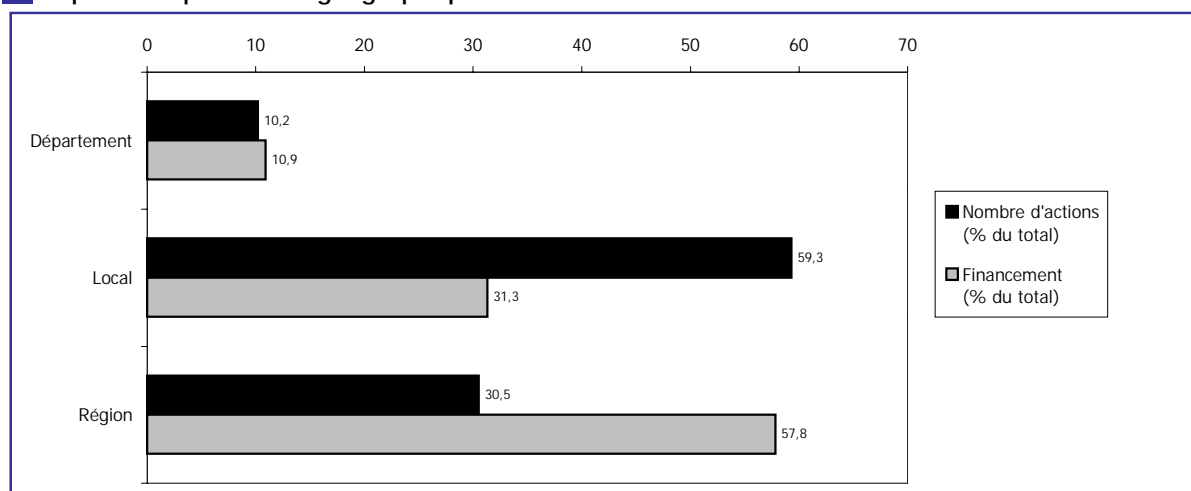
Santé cardiovasculaire

11 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

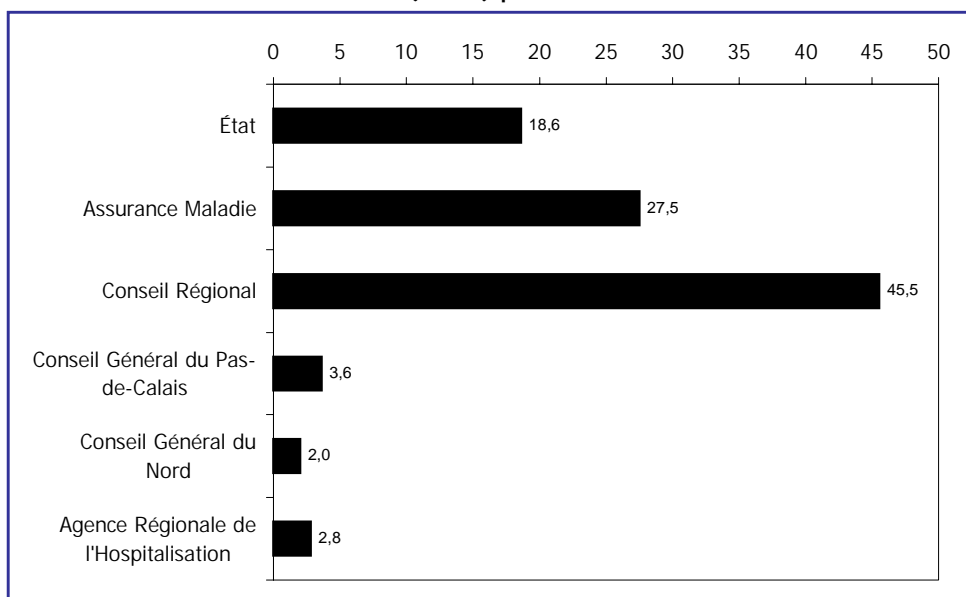
12 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Santé cardiovasculaire

13 Répartition du financement des actions (en %) par financeur



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

01 Incidence des cardiopathies ischémiques dans les villes de Lille, Strasbourg et Toulouse, en 1997-1998

Carte 11

Source : Registre MONICA Lille 2000. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Méthode : Ces données ont été obtenues dans le cadre des registres français des maladies coronaires (MONICA : Multinational MONIToring of trends and determinants in Cardiovascular disease), et récemment éditées dans la brochure de la Fédération Française de Cardiologie.

En France, ces registres sont suivis depuis 1984 pour les sites de la Haute-Garonne, du Bas-Rhin et de la Communauté Urbaine de Lille. Dans le but d'obtenir un consensus mondial sur les critères de recueil des cas, le protocole a été modifié (simplification des informations (les enzymes cardiaques, l'ECG par exemple, cèdent le pas au diagnostic posé par le médecin soignant), et les tranches d'âge prises en compte sont différentes), cependant les données restent comparables dans le temps grâce à un ajustement réalisé par validation annuelle des données ("selon critères anciens" versus "selon critères nouveaux").

Les données 1997-1998 sont des estimations établies à partir de la procédure de validation.

Commentaire : Afin de simplifier la lecture du graphique, nous n'avons retenu que les incidences calculées ou estimées à partir de la définition large, qui inclut tous les infarctus possibles, établis avec des critères cliniques, électrocardiographiques et biologiques précis et/ou à partir de la seule déclaration du médecin soignant.

Quelle que soit la région, l'incidence des épisodes coronaires tend vraisemblablement à baisser depuis 1985, quoique le phénomène se ralentisse. A Lille, l'incidence semble même remonter depuis 1992 pour les hommes : respectivement 268, puis 236, et enfin 248/100 000 en 1997-1998. Pour les femmes, elle descend régulièrement de 44 à 43 puis à 37/100 000.

02 Dépenses en tabac, fruits, légumes frais et matières grasses des ménages du Nord – Pas-de-Calais

Source : INSEE, Enquête Budget des ménages 1995. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Méthode : L'enquête Budget des familles de l'Insee, dont la dernière édition a été réalisée en 1995, porte sur un échantillon de 9 634 ménages français. Cette enquête est réalisée tous les 7 ans en moyenne. Elle utilise deux instruments : un questionnaire réalisé par un enquêteur et des carnets de compte sur papier que tous les membres du ménage, âgés de plus de 14 ans, remplissent manuellement pendant deux semaines.

Les indices des graphiques, sont calculés avec le ratio suivant : Dépense annuelle moyenne pour le produit X Nord-Pas-de-Calais/Dépense annuelle moyenne pour le produit X France. La France est prise comme référence et a un indice égal à 1.

Commentaire : le ratio région Nord – Pas-de-Calais / France est de 0,9 pour la consommation de fruits et légumes frais (respectivement 2 739 FF et 3 050 FF par ménage et par an dans la région et en France). Le ratio observé est peu significatif quand on tient compte du budget total pour lequel le ratio entre la région et la France est de 0,9 (respectivement 175 121 FF et 191 811 FF).

La région dépense plus en huiles, graisses végétales et beurre de régime que la France. Le ratio région / France est de 1,41 (respectivement 917 FF et 649 FF) alors qu'il est, pour le budget total, de 0,9. Avec un ratio Nord – Pas-de-Calais/France de 1,56, la région dépense également plus en beurre animal que la France.

La consommation de tabac dans le Nord - Pas-de-Calais est sensiblement la même qu'en France. Ainsi, le ratio région / France est de 1,06 (respectivement 1 836 FF et 1 726 FF dans la région et en France) alors qu'il est de 0,9 pour le budget total.

03A-04A Nombre annuel moyen de décès et Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par cardiopathies ischémiques, maladies cardio-vasculaires cérébrales et autres maladies de l'appareil circulatoire, par sexe et par cause, dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1996-1998

Cartes 28, 29

Source : INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès-CépiDc. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Méthodologie : La mortalité prématurée est un indicateur qui représente les décès survenant avant l'âge de 65 ans. Certaines causes de décès survenant avant cette limite d'âge peuvent considérées comme "évitables" selon les recherches menées sous l'égide du comité d'actions concertées "Health services research" et du service d'information sur les causes médicales de décès de l'INSERM. Cette mortalité prématurée est ici introduite par le nombre moyen annuel de décès avant 65 ans dans le Nord – Pas-de-Calais.

L'Indice Comparatif de Mortalité ou ICM permet de comparer les taux de mortalité de populations différentes, la standardisation des taux s'avère nécessaire afin de neutraliser l'effet des variables confondantes sur les taux étudiés (structure d'âge des populations, sexe...). Le calcul de l'ICM représente une des méthodes de standardisation. Cet indice est le rapport du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100).

Commentaire : Entre 1996 et 1998, environ 11 586 personnes dont 5 305 hommes et 6 281 femmes décèdent chaque année, dans le Nord – Pas-de-Calais, par suite de maladies de l'appareil circulatoire. Parmi ces décès 3316 décès ont été enregistrés pour cardiopathies ischémiques et 2 979 pour maladies vasculaires cérébrales.

Les maladies de l'appareil circulatoire, au cours de cette période, sont responsables, en moyenne, de 1 535 (16 %) décès prématurés par an. Parmi ces décès, 578 (54,3 %) sont dû aux cardiopathies ischémiques et 328 (30,8 %) aux maladies vasculaires cérébrales.

En France métropolitaine, les décès prématurés par maladies de l'appareil circulatoire représentent 14,5 % des décès prématurés, soit 12 335 (15,7 %) chez les hommes et 3 931 (11,7 %) chez les femmes.

En ce qui concerne les cardiopathies ischémiques, l'Indice Comparatif de Mortalité est de 151 pour les hommes et de 172 pour les femmes, traduisant une surmortalité significative dans les deux sexes par rapport à la moyenne nationale.

Pour les maladies vasculaires cérébrales, cet indice est de 143 pour les hommes et de 162 pour les femmes, traduisant une surmortalité significative dans les deux sexes par rapport à la moyenne nationale.

La surmortalité prématurée féminine pour les deux causes est prédominante

03B-04B par département

Commentaire : On constate une mortalité prématurée identique chez les hommes dans les deux départements, pour cardiopathies ischémiques, à l'opposé il existe pour les mêmes affections, une surmortalité plus grande chez les femmes dans le département du Pas-de-Calais. En effet l'Indice Comparatif de Mortalité entre 1996-1998 est de 151 pour les hommes et de 166 pour les femmes dans le Nord contre 151 pour les hommes et 182 pour les femmes dans le Pas-de-Calais.

Quel que soit le sexe une surmortalité prématurée plus grande est constatée dans le Pas-de-Calais pour maladies vasculaires cérébrales. Cet Indice Comparatif de Mortalité est de 151 pour les hommes et 178 pour les femmes dans le Pas-de-Calais contre 138 pour les hommes et de 153 pour les femmes dans le Nord.

03C-04C dans les communes concernées par la Politique de la Ville

Commentaire : On remarque une surmortalité prématurée plus grande dans les départements ayant une politique de la ville par rapport au reste de la région pour les cardiopathies ischémiques. Elle est de 170 pour les hommes et 179 pour les femmes dans les départements ayant une politique de la ville contre 134 pour les hommes et 165 pour les femmes dans le reste de la région.

On constate une surmortalité prématurée plus grande chez les femmes et les hommes dans les zones ayant une politique de la ville par rapport aux zones n'ayant pas de politique de la ville pour maladies vasculaires cérébrales. Elle est de 152 pour les hommes et 173 pour les femmes dans les zones ayant une politique de la ville contre 135 pour les hommes et 152 pour les femmes dans les autres zones de la région. Les arrondissements de Boulogne-sur-Mer, Lens et Valenciennes, sont les

plus touchés par la mortalité par cardiopathies ischémiques, tant chez les hommes que chez les femmes. Ailleurs, la valeur des ICM varie parfois très fortement entre les deux sexes.

05 Proportion (en %) de patients ayant un problème de poids, par sexe, dans la clientèle des médecins généralistes, région Nord – Pas-de-Calais

Source : URMEL, Prise en charge des patients hypertendus dans la région Nord – Pas-de-Calais, 2000.

Méthodologie : Les facteurs de risques des maladies cardiovasculaires présentés ici, sont issus de l'étude réalisée par l'Union Régionale des Médecins Exerçant à titre Libéral (URMEL) auprès des médecins généralistes de la région Nord - Pas-de-Calais, parmi leur clientèle de patients hypertendus. Cette enquête réalisée au début de l'année 2000 auprès de 446 médecins généralistes issus d'un panel représentatif des médecins généralistes de la région, a concerné 3 041 patients souffrant d'hypertension artérielle. Les informations ont été recueillies sur questionnaire papier rempli par le médecin traitant pour tout patient inclus.

Commentaire : Des études ont montré que l'hypertension artérielle était fortement liée à l'obésité ; la notion d'obésité étant approchée ici par l'Indice de Masse Corporelle (IMC) ou Body Mass Index (BMI)¹. L'analyse de l'IMC montre que, parmi les patients hypertendus pris en charge dans l'étude, 72,3 % (2 192/3 031) sont obèses (IMC≥30) ou présentent un surpoids (25≤IMC<30). Ainsi, les patients présentant une surcharge pondérale sont environ 1,3 fois plus nombreux (1121/839) que ceux de poids dit "normal" (37 % versus 28 %), alors que les obèses sont 1,1 fois plus nombreux (925/839). L'analyse par sexe montre que les femmes sont plus souvent obèses que les hommes (31,2 % versus 30,2 %) alors que ces derniers sont plus nombreux à avoir un problème de surpoids (47,1 % contre 37,3 % $p=2 \times 10^{-8}$).

L'étude réalisée par la Sofrès en 1997, montre les mêmes tendances en fonction du sexe et de l'âge. Les différences de valeurs observées, peuvent s'expliquer par la différence de population d'enquête (population de patients hypertendus dans un cas et population générale dans l'autre cas).

06 Proportion (en %) de patients ayant un problème de diabète, par sexe, dans la clientèle des médecins généralistes, région Nord – Pas-de-Calais

Source : URMEL, Prise en charge des patients hypertendus dans la région Nord – Pas-de-Calais, 2000.

¹ Il est défini comme le rapport s Poids/Taille². A partir de cet indice, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) classe les individus en 4 catégories : les sous-poids (IMC<18,5), les individus de poids normal (18.5≤IMC<25), les surpoids (25≤IMC<30) et les obèses (IMC≥30).

Commentaire : Les médecins généralistes déclarent un diabète diagnostiqué chez 19,0 % des patients (n=569), parmi lesquels, 68,7 % sont exonérés du ticket modérateur au titre d'une Affection de Longue Durée (ALD). Il existe autant de patients diabétiques pour les deux sexes (50,6 % des diabétiques sont des hommes et 49,4 % des femmes). Les femmes sont plus nombreuses à bénéficier de l'exonération du ticket modérateur pour diabète que les hommes (43,9 % versus 36,2 %, p=0,008).

07 Proportion (en %) de patients ayant un antécédent familial de cardiopathie, par sexe, dans la clientèle des médecins généralistes, région Nord – Pas-de-Calais

Source : URMEL, Prise en charge des patients hypertendus dans la région Nord – Pas-de-Calais, 2000.

Commentaire : Les médecins traitants renseignent sur l'existence ou non d'un facteur d'origine héréditaire chez 74,4 % (n=2 263) des patients et confirment cette existence chez 43,2 % d'entre eux. L'existence d'un facteur héréditaire est plus déclarée chez les patients de sexe masculin que chez les patients de sexe féminin (27,1 % d'hommes versus 21,3 % de femmes avec p=0,03).

08 Proportion (en %) de patients fumeurs, par sexe, dans la clientèle des médecins généralistes, région Nord – Pas-de-Calais

Source : URMEL, Prise en charge des patients hypertendus dans la région Nord – Pas-de-Calais, 2000.

Commentaires : Parmi les patients pour lesquels l'information sur le risque tabagique est connue, les médecins généralistes ont identifié au moment de l'étude 12,3 % des patients (n=371) comme étant des fumeurs actuels, sans tenir compte de leur statut passé vis-à-vis du tabac. Parmi ces patients, 3 fumeurs sur 4 sont de sexe masculin (74,6 % d'hommes contre 25,4 % de femmes et p=10⁻⁸).

09 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement

Cartes 30, 31

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Méthodologie : Ont été utilisées les données du système d'information mis en place par le Comité Régional des Politiques de Santé, à partir du dépouillement des fiches soumises lors des appels à projet et des informations recueillies lors de l'instruction des projets par les groupes de suivi des PRS et le Comité de gestion des Programmes Régionaux de Santé (données 2001 mises à jour le 11 octobre 2001 et données 2000 mises à jour le 27 septembre 2000). Les actions analysées sont celles retenues pour un financement dans le cadre des Programmes Régionaux de Santé. Pour chaque analyse, nous avons présenté la répartition en % du nombre total d'actions et en % du financement total des actions.

Commentaire : Parmi les 59 actions sélectionnées, 45,8 % (30,9 % du financement total) ont pour objectif de développer la prévention primaire, 10,2 % (22,5 % du financement) d'agir sur les facteurs de risque et 6,8 % (24,0 % du financement) d'améliorer le recours à l'urgence et à la réhabilitation.

10 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Commentaire : 39,0 % des actions (35,0 % du financement) sont portées par des associations, 13,6 % (1,1 % du financement) par l'Éducation Nationale et 11,9 % (avec 43,5 % du financement) par des organismes de protection sociale.

11 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Commentaire : 50,8 % des actions (25,4 % du financement) concernent le département du Nord et 18,6 % (16,8 % du financement) le département du Pas-de-Calais. 30,5 % des actions (avec 57,8 % du financement) concernent l'ensemble de la région.

12 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Méthodologie : On a considéré que l'action était locale si le territoire concerné était au plus un seul arrondissement ; les autres actions étant considérées comme départementales ou, si au moins un arrondissement de chaque département était concerné, comme régionales. D'autre part, on a cartographié pour chaque arrondissement le nombre d'actions selon le PRS, selon le type d'action, selon le type de porteur.

Pour chaque arrondissement, on a comptabilisé le nombre d'actions le concernant (certaines actions visant plusieurs arrondissement sont donc comptées plusieurs fois).

Commentaire : 59,3 % des actions (31,3 % du financement) visent un territoire local, 10,2 % (10,9 % du financement) un territoire départemental et 30,5 % (avec 57,8 % du financement) la région.

13 Répartition du financement des actions (en %) par financeur

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Commentaire : Le PRS *Santé cardio-vasculaire* est financé par le Conseil Régional Nord - Pas-de-Calais (45,5 %), l'Assurance Maladie (27,5 %), l'État (18,6 % du financement), les Conseils Généraux du Pas-de-Calais (3,6 %) et du Nord (2,0 %), et l'Agence Régionale d'Hospitalisation (2,8 %).

Bilan global

01 Répartition par Programme Régional de Santé, du nombre d'actions et de leur financement, années 2000 et 2001	<i>P 111</i>
02 Répartition par type d'action, du nombre d'actions et de leur financement, années 2000 et 2001	<i>P 112</i>
03 Répartition par type de porteur d'action, du nombre d'actions et de leur financement, années 2000 et 2001	<i>P 113</i>
04 Répartition par département, du nombre d'actions et de leur financement, années 2000 et 2001	<i>P 114</i>
05 Répartition par niveau géographique, du nombre d'actions et de leur financement, années 2000 et 2001	<i>P 115</i>
06 Répartition du financement des actions (en %) par financeur, année 2001	<i>P 116</i>

Cartes

01, 32, 33, 34, 35, 36

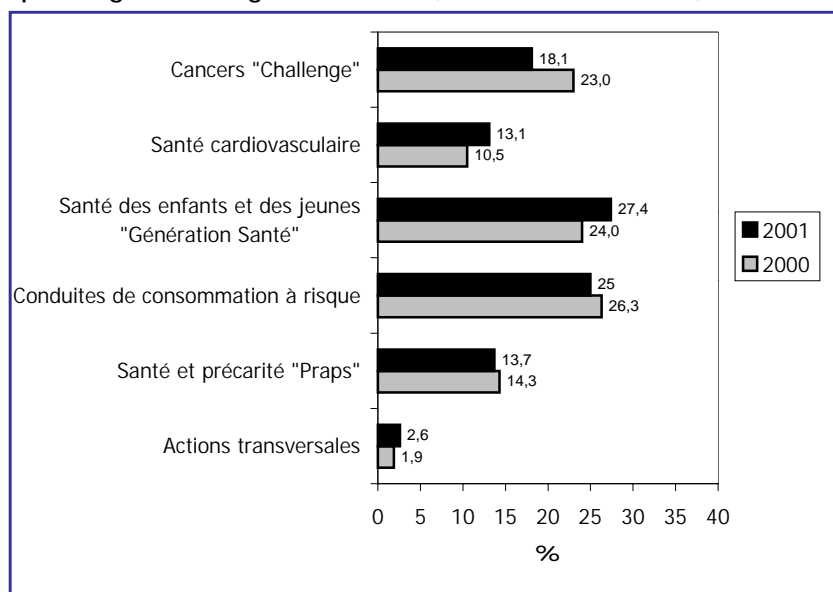
Bilan global

Bilan de l'appel à projets 2001

944 projets d'action ont été examinés à la suite de l'appel à projets 2001. Les 544 projets (57,5 %) qui ont été sélectionnés se répartissent en 310 nouveaux projets (57,0 %) et 234 projets pluriannuels démarrés en 2000 et réévalués pour leur financement 2001 (43,0 %). Les projets acceptés représentent un financement total de 32 866 440 FF, dont 60,4 % pour les nouveaux projets 2001 et 39,6 % pour les projets pluriannuels.

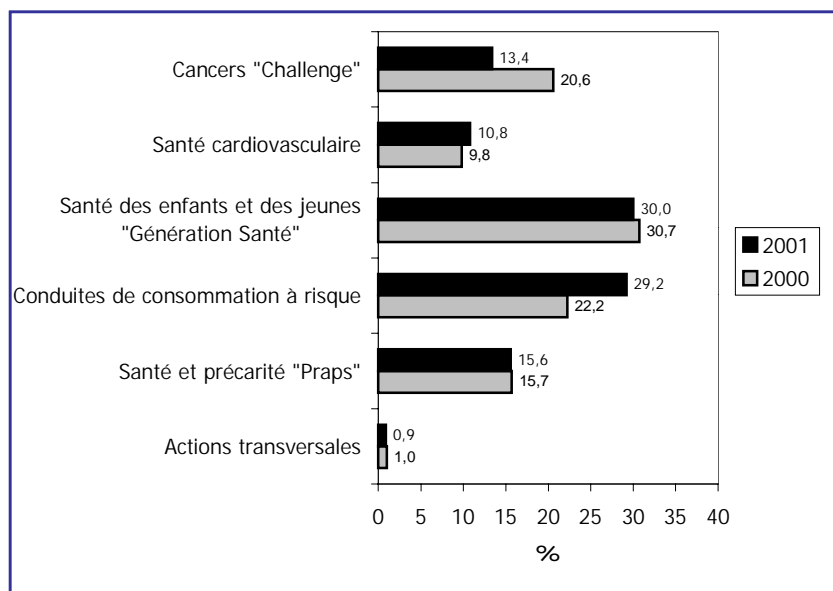
Bilan global

01A Répartition par Programme Régional de Santé, du nombre d'actions, années 2000 et 2001



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

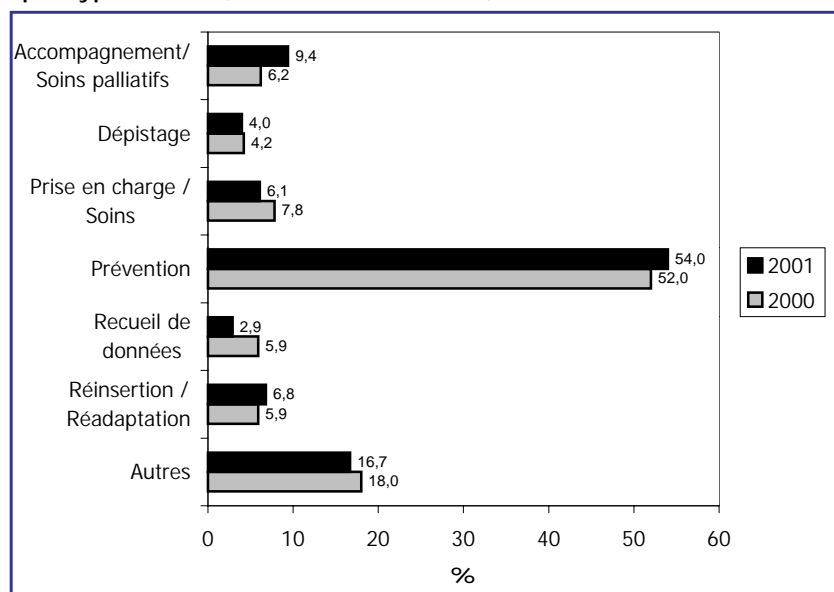
01B Répartition par Programme Régional de Santé, du financement des actions, années 2000 et 2001



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

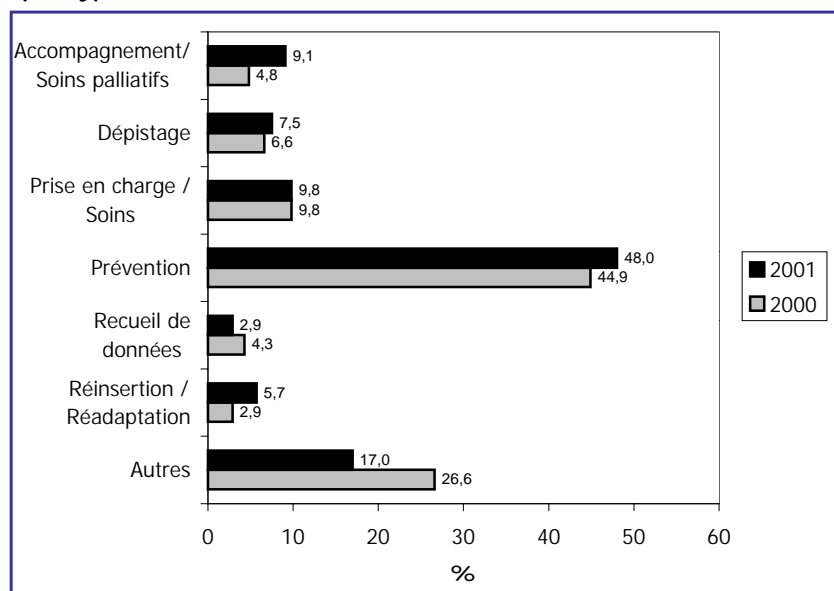
Bilan global

02A Répartition par type d'action, du nombre d'actions, années 2000 et 2001



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

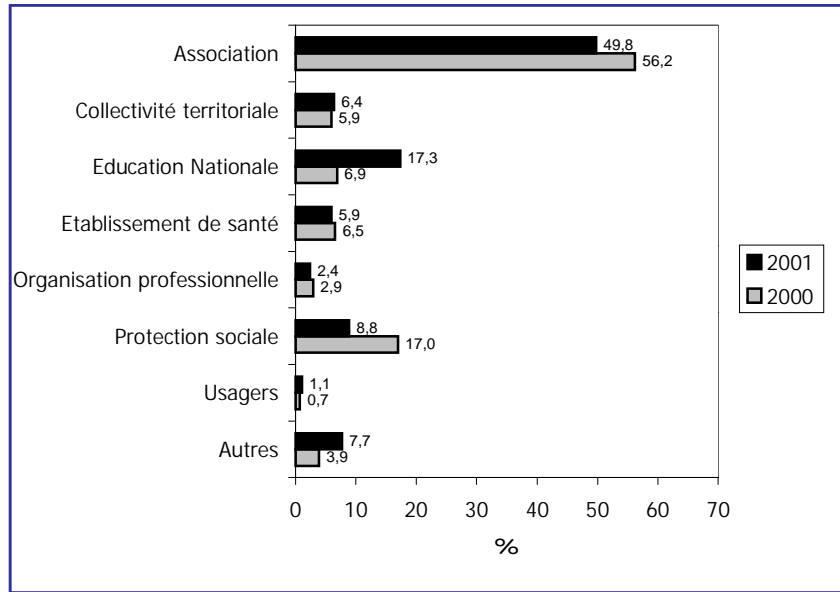
02B Répartition par type d'action, du financement des actions, années 2000 et 2001



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

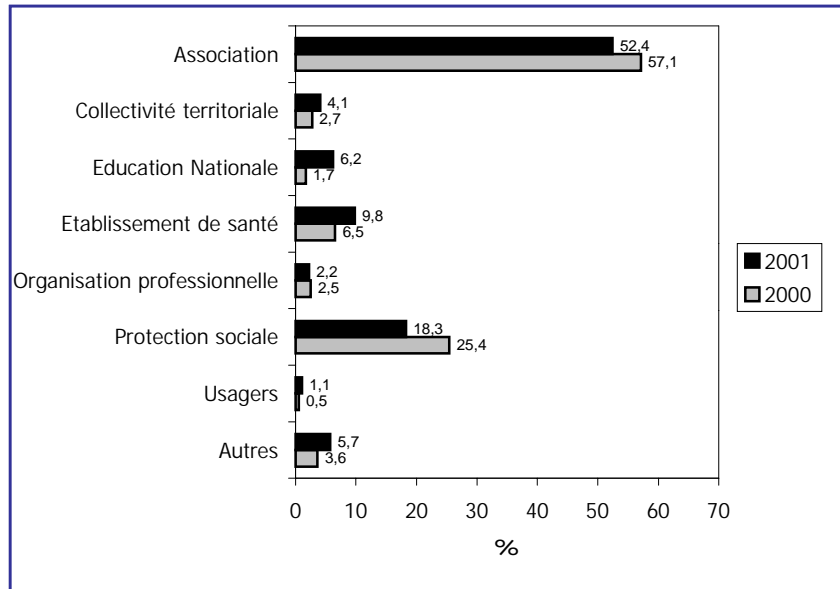
Bilan global

03A Répartition par type de porteur d'action, du nombre d'actions et de leur financement, années 2000 et 2001



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

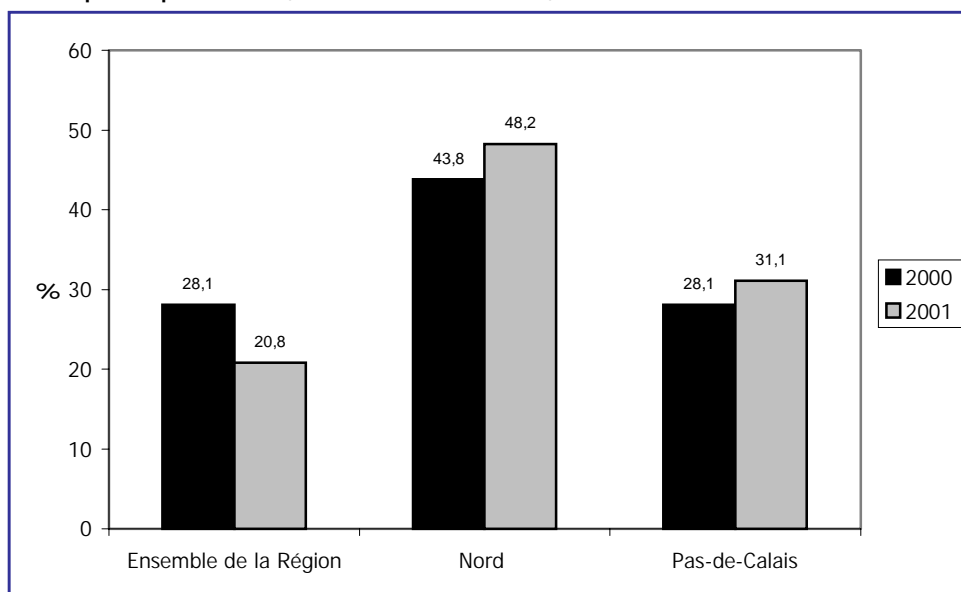
03B Répartition par type de porteur d'action, du financement des actions, années 2000 et 2001



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

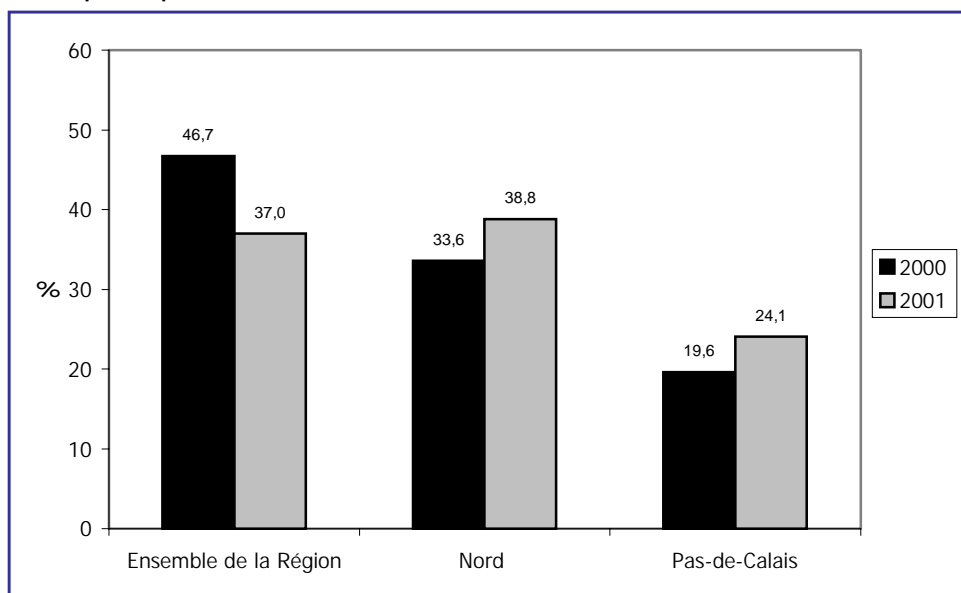
Bilan global

04A Répartition par département, du nombre d'actions, années 2000 et 2001



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

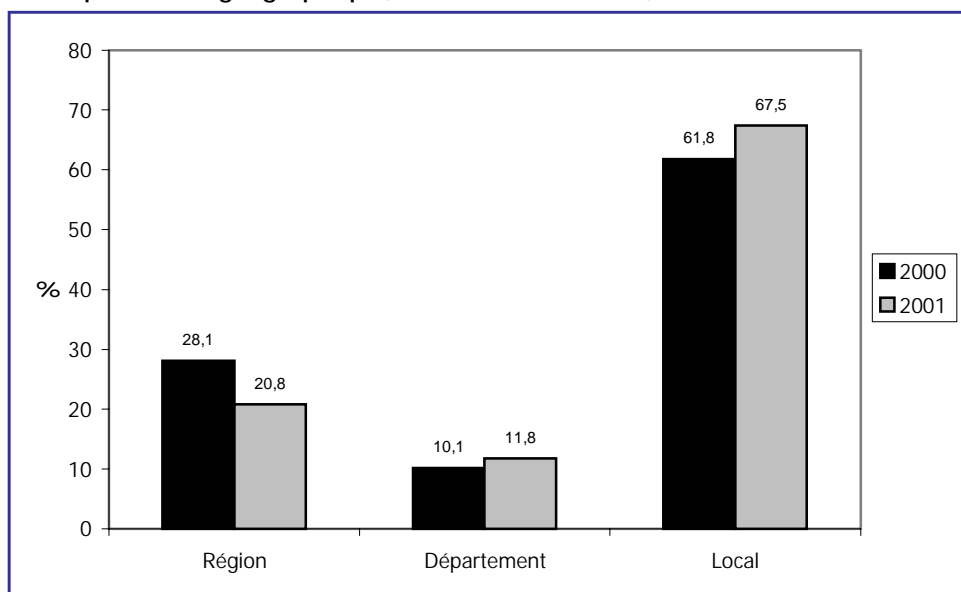
04B Répartition par département, du financement des actions, années 2000 et 2001



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

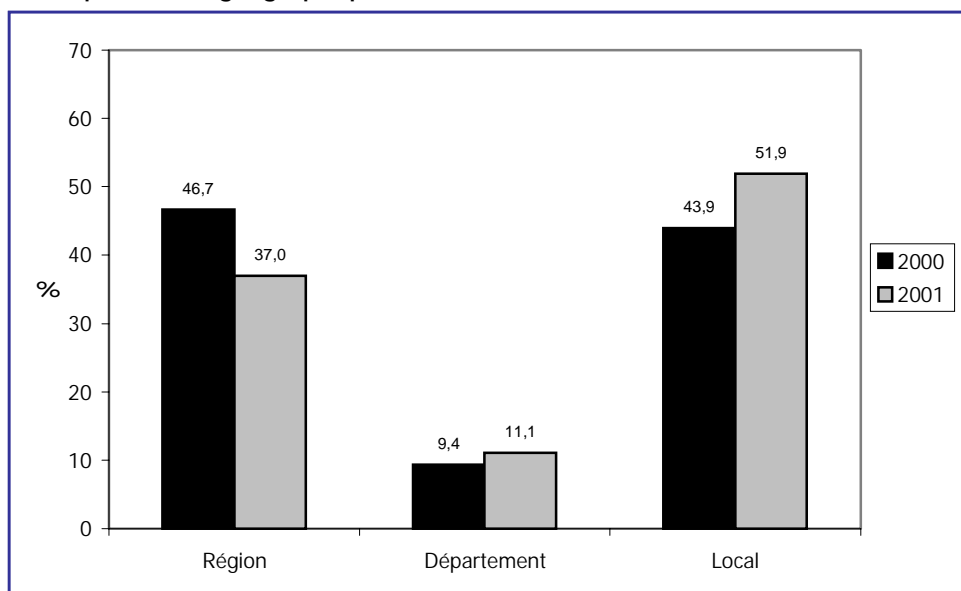
Bilan global

05A Répartition par niveau géographique, du nombre d'actions, années 2000 et 2001



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

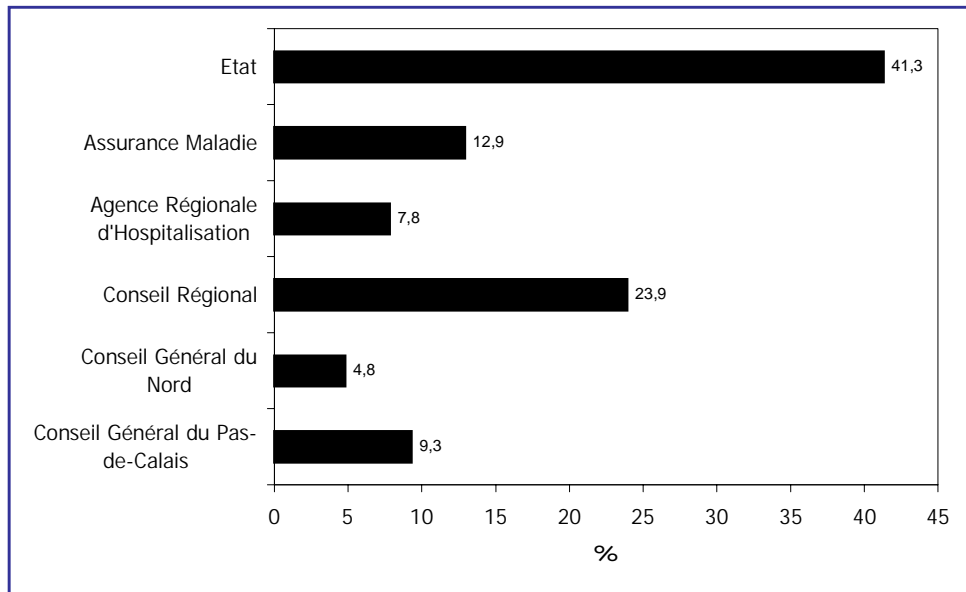
05B Répartition par niveau géographique, du financement des actions, années 2000 et 2001



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Bilan global

06 Répartition du financement des actions (en %) par financeur, année 2001



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

01 Répartition par Programme Régional de Santé, du nombre d'actions et de leur financement, années 2000 et 2001

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Méthodologie : Ont été utilisées les données du système d'information mis en place par le Comité Régional des Politiques de Santé, à partir du dépouillement des fiches soumises lors des appels à projet et des informations recueillies lors de l'instruction des projets par les groupes de suivi des PRS et le Comité de gestion des Programmes Régionaux de Santé (données 2001 mises à jour le 11 octobre 2001 et données 2000 mises à jour le 27 septembre 2000). Les actions analysées sont celles retenues pour un financement dans le cadre des Programmes Régionaux de Santé. Pour chaque analyse, nous avons présenté la répartition en % du nombre total d'actions et en % du financement total des actions.

Commentaire : En 2001, le PRS *Santé des enfants et des jeunes* (27,4 % des actions et 30,0 % du financement) et le PRS *Conduites de consommation à risque* (25,0 % des actions et 29,2 % du financement) sont au premier rang. 5 projets (2,6 % des actions) sont de nature transversale, inter-PRS.

02 Répartition par type d'action, du nombre d'actions et de leur financement, années 2000 et 2001

Carte 32

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Commentaire : En 2001, comme en 2000, les actions de prévention représentent 54 % des actions et bénéficient de 48 % du financement.

03 Répartition par type de porteur d'action, du nombre d'actions et de leur financement, années 2000 et 2001

Cartes 33, 34

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Commentaire : Les principaux porteurs d'action sont les associations (49,8 % des actions et 52,4 % du financement), l'Éducation Nationale (17,3 % des actions et 6,2 % du financement) et les organismes de protection sociale (8,8 % des actions et 18,3 % du financement).

04 Répartition par département, du nombre d'actions et de leur financement, années 2000 et 2001

Source : Comité Régional des Politiques de Santé.

Commentaire : 48,2 % des actions (38,8 % du financement) concernent le département du Nord et 31,1 % des actions (24,1 % du financement) le département du Pas-de-Calais. Les autres actions (20,8 % des actions et 37,0 % du financement) visent l'ensemble de la région.

05 Répartition par niveau géographique, du nombre d'actions et de leur financement, années 2000 et 2001

Source : Comité Régional des Politiques de Santé.

Méthodologie : On a considéré que l'action était locale si le territoire concerné était au plus un seul arrondissement ; les autres actions étant considérées comme départementales ou, si au moins un arrondissement de chaque département était concerné, comme régionales. D'autre part, on a cartographié pour chaque arrondissement le nombre d'actions selon le PRS, selon le type d'action, selon le type de porteur. Pour chaque arrondissement, on a comptabilisé le nombre d'actions le concernant (certaines actions visant plusieurs arrondissement sont donc comptées plusieurs fois).

Commentaire : 67,5 des actions (51,9 % du financement) visent un territoire local, 11,8 % (11,1 % du financement) un territoire départemental et 20,8 % des actions (37,0 % du financement), la région.

06 Répartition du financement des actions (en %) par financeur, année 2001

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Commentaire : Les financeurs des Programmes Régionaux de Santé sont l'État (41,3 % du financement), le Conseil Régional Nord - Pas-de-Calais (23,9 %), l'Assurance Maladie (12,9 %), les Conseils Généraux du Pas-de-Calais (9,3 %) et du Nord (4,8 %) et l'Agence Régionale d'Hospitalisation (7,8 %).

Cartes 35, 36

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Méthodologie : On a cartographié pour chaque arrondissement le taux d'acceptation des projets présentés en 2001, et le nombre d'actions acceptées selon le PRS, le type d'action et le type de porteur. Pour chaque arrondissement, on a comptabilisé le nombre d'actions le concernant (certaines actions visant plusieurs arrondissement sont donc comptées plusieurs fois).

