

Moniteur 2002
des Programmes Régionaux de Santé Nord – Pas-de-Calais

Christophe Declercq

Sabine Brosh
Olivier Lacoste
Samantha Lepez
Bilal Majed
Gwen Marqué
Gilles Poirier
Hélène Prouvost
Marielle Rengot
Madiou Sampil

Ce document a été réalisé

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



À 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 ;
- le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales ;
- 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 leurs 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 des Centres Communaux d'Action Sociale ;
- le Président de l'UNIFED-Enfance ;
- le Secrétaire Général de la Fédération Régionale Consommation, Logement et Cadre de vie ;
- le Directeur du Centre Régional de la Consommation ;
- le Président du Conseil Économique 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 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 ;
- du Conseil Général du Pas-de-Calais.

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. En effet, dans le contexte de l'élaboration et de la 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 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 troisième édition du Moniteur des Programmes Régionaux de Santé

Le présent ouvrage constitue la troisième édition du "Moniteur" des Programmes Régionaux de Santé Nord - Pas-de-Calais. Comme pour les éditions précédentes, le lecteur constatera que nous avons privilégié la lisibilité et la visibilité des enjeux afin que l'ouvrage soit utile à l'ensemble des acteurs impliqués dans la démarche des PRS : une approche graphique a donc été privilégiée pour répondre à cet objectif. Cependant, pour cette nouvelle édition, les commentaires ont été développés afin de mieux aider le lecteur à interpréter les données présentées. 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 avec SIGORS (le Système d'Information Géographique de l'ORS). 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".

La démarche, réalisée en 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 vis-à-vis 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 l'Institut National de Prévention et d'Éducation 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 comparative 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, ainsi, l'occasion de mieux connaître la santé des habitants de notre région afin de mieux agir pour l'améliorer.

Dans cette édition, nous proposons au lecteur, pour chaque PRS, de faire le point sur un thème particulier. Nous présentons ainsi des données récentes sur la période périnatale, sur les activités de dépistage du saturnisme infantile, sur la mortalité par cancers, sur la mise en place de la Couverture Maladie Universelle, sur la consommation d'alcool dans la clientèle des médecins généralistes et sur les appels au SAMU pour douleurs thoraciques.

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 Santé 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.

À la demande de la Conférence Régionale de Santé de 1999, un Programme Régional d'Action en Santé-Environnement (PRASE) a été élaboré selon le même modèle. Il a été présenté et approuvé par la Conférence Régionale de Santé en décembre 2001.

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 de Santé, avec les données recueillies dans le cadre de l'appel à projets et de l'instruction des projets. L'interprétation de ces données doit bien sûr être prudente, car celles-ci reposent sur les déclarations des porteurs des projets au moment du dépôt de leur demande de financement. Le travail réalisé à partir de ces données ne peut donc remplacer une évaluation de la mise en œuvre et des résultats des projets. Il permet cependant d'apprécier les modalités de l'engagement des porteurs d'action et des financeurs dans la mise en œuvre des PRS. Un chapitre entier de l'édition 2002 du *Moniteur* est consacré à l'analyse des projets acceptés dans le cadre des PRS : il permet au lecteur de mesurer l'importance de la mobilisation des acteurs de Santé Publique de la région dans le cadre des PRS et aussi, nous l'espérons, d'en tirer des leçons profitables pour l'avenir.

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

LES INDICATEURS DE CONTEXTE	11
- Évolution de la population	11
- Autour de la grossesse	13
- Scolarité et chômage	15
- Attitudes et comportements des jeunes	17
LES PROJETS RETENUS EN 2002	19
Le point sur...	
... La situation périnatale dans le Nord – Pas-de-Calais	25

Précarité et santé

DES INÉGALITÉS DE SANTÉ À LA PRÉCARITÉ	31
- Les minima sociaux	33
- Le chômage	35
- Le surendettement des ménages	35
- La mortalité par suicide	37
LES PROJETS RETENUS EN 2002	37
Le point sur...	
... La Couverture Maladie Universelle	43

Conduites de consommation à risque

LES INDICATEURS DE CONTEXTE	49
- La mortalité	49
Par tumeur maligne du poumon, des bronches et de la trachée	51
Par tumeur maligne des VADS	53
Par tumeur maligne de l'œsophage	55
Par cirrhose alcoolique ou sans précision du foie	57
Par psychose alcoolique et alcoolisme	59
Conclusion	59
- Les indicateurs de consommation	63
Consommation de tabac et d'alcool dans la population rencontrée en médecine générale	63
Population des jeunes adultes à la fin de l'adolescence	63
Polyconsommation régulière de tabac, d'alcool et de cannabis des 12-25 ans	65
- Prise en charge des toxicomanes dans la région Nord – Pas-de-Calais	67
LES PROJETS RETENUS EN 2002	67
Le point sur...	
... Les patients et l'alcool en médecine générale	71

Atlas

Le point sur...	
... Les territoires de la Santé	75

Cancers

LES INDICATEURS DE CONTEXTE	83
- L'incidence	83
Le registre des cancers des VADS du Nord et du Pas-de-Calais	83
Les données de l'Assurance maladie	83
- La mortalité	85
Méthodologie	85
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	87
Tumeurs malignes des VADS	87
Tumeurs malignes du sein chez les femmes	89
Tumeurs malignes de l'utérus	89
Tumeurs malignes de l'intestin	89
Tumeurs malignes de la prostate	91
En résumé	91
- Les facteurs de risque	91
- Prévention et dépistage	93
Résultats de l'enquête de l'ORS Nord – Pas-de-Calais	93
Données statistiques des activités de dépistage du cancer du sein dans le Nord	93

LES PROJETS RETENUS EN 2002 **94**

Le point sur...	
... L'évolution de la mortalité par cancer entre 1979 et 1999, dans le Nord – Pas-de-Calais	97

Santé cardiovasculaire

LES INDICATEURS DE CONTEXTE	103
- Incidence des cardiopathies ischémiques dans la Communauté Urbaine De Lille (MONICA)	103
- La mortalité	105
Dans la région	105
Dans les départements	105
Dans les communes concernées par la Politique de la Ville	107
- Consommation de tabac, fruits, légumes frais, huiles et graisses	107
- Les facteurs de risques de maladies cardiovasculaires parmi les patients hypertendus dans la clientèle des médecins généralistes de la région	107
Proportion de consommateurs de tabac parmi les patients hypertendus	109
Proportion de diabétiques parmi les patients hypertendus	109
Proportion de patients hypertendus connaissant un surpoids ou une obésité	109
Proportion de patients hypertendus ayant un antécédent familial de cardiopathie	109
Proportion de patients en soins de longue durée pour infarctus du myocarde	109
Proportion de patients en soins de longue durée pour Accident Vasculaire Cérébral	111
Proportion de patients en soins de longue durée pour artériopathie chronique	111

LES PROJETS RETENUS EN 2002 **111**

Le point sur...	
... Les appels pour douleurs thoraciques au SAMU 59 – Centre 15	117

Programme Régional d'Action en Santé Environnement

LES OBJECTIFS DU PRASE	123
- Volet habitat	123
Problématique Intoxication au monoxyde de carbone	123
Problématique Saturnisme infantile	123
Problématique Logement insalubre	123
- Volet évaluation et gestion des risques sanitaires à proximité de sites pollués	125
LES INDICATEURS DE CONTEXTE	125
- L'intoxication au monoxyde de carbone	125
Modes de chauffage	127
Mortalité	127
Hospitalisations	129
Réseaux de toxico-vigilance	129
- Le saturnisme infantile	129
Les enfants de moins de 6 ans, une population à risque	131
L'habitat	131
Activité de dépistage	131
- Le logement insalubre	133
Le confort des logements	133
Les plaintes pour insalubrité	133
- L'évaluation et la gestion des risques sanitaires à proximité des sites pollués	135
Les sites pollués	135
Les émissions	135
LES PROJETS RETENUS EN 2002	136
Le point sur...	
... Le dépistage du saturnisme infantile dans la région Nord – Pas-de-Calais	137

Analyse des Programmes Régionaux de Santé à partir des projets retenus en 2002

LE MAILLAGE TERRITORIAL DES PRS	142
- Deux aspects majeurs	143
- Une lacune : l'absence de données sur les populations-cibles	143
- Trois arrondissements-témoins	143
- La localisation des types d'action	145
- La localisation des porteurs d'action	146
- La localisation des financements par type de financeur	147
LES CARACTÉRISTIQUES DES PRS	149
- Analyse statistique des PRS selon leur profil	149
- Résultats de l'analyse	149
- Le poids financier des projets par PRS	154
- Les types de porteur par PRS	154
- La position des types de porteur	155
- La position des financeurs	156
ANALYSE DE LA MÉTHODE DE L'APPEL À PROJET	159
- L'improbable régulation territoriale des PRS	159
- Faible directivité et rôle imposé pour les participants aux PRS	160
- Questionnement de la faisabilité de l'évaluation	161
PROPOSITIONS	163

Santé des enfants et des jeunes

Génération Santé



Santé des enfants et des jeunes

LES INDICATEURS DE CONTEXTE

- Évolution de la population
- Autour de la grossesse
- Scolarité et chômage
- Attitudes et comportements des jeunes

11

11

13

15

17

LES PROJETS RETENUS EN 2002

19

Le point sur...

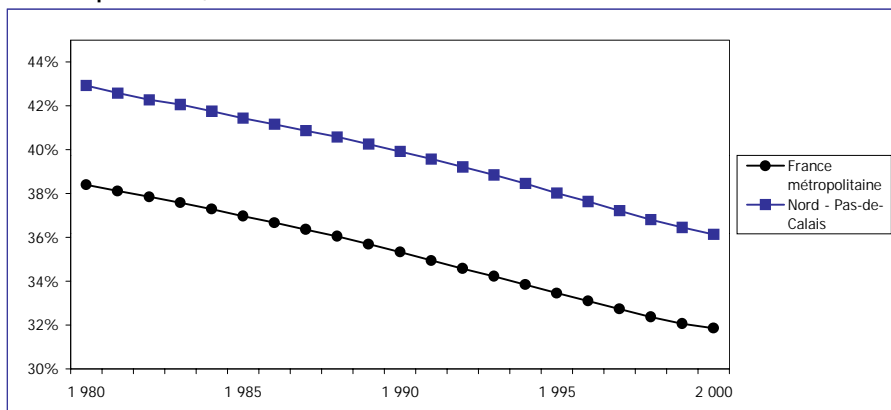
... La situation périnatale dans le Nord – Pas-de-Calais

25

Cartes [11](#), [12](#), [13](#), [14](#), [15](#), [16](#)

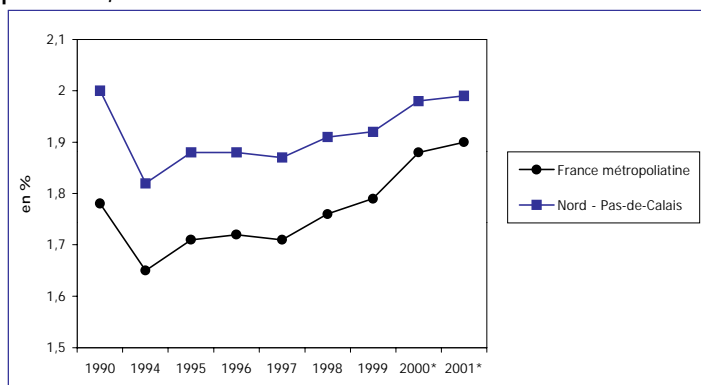
Santé des enfants et des jeunes Génération santé

1-1 Évolution de la part des moins de 25 ans (en %) dans la population, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, de 1980 à 2000



Source : INSEE Populations estimées.

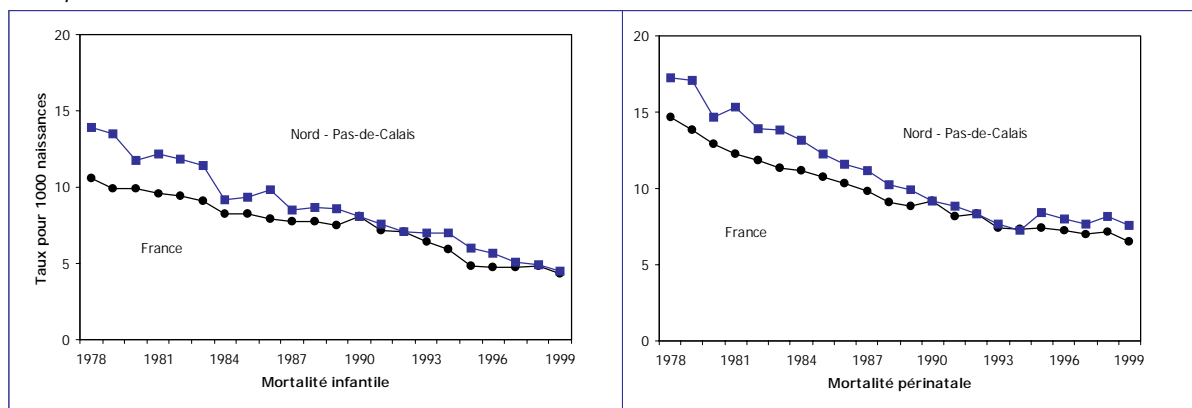
1-2 Évolution de l'Indice Conjoncturel de Fécondité (ICF), pour 100 femmes, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, de 1994 à 2001



*Résultats provisoires

Source : INSEE Nord - Pas-de-Calais, Profils : bilan socio-économique 2001.
INSEE Première, Bilan démographique 2001. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

1-3 Évolution de la mortalité périnatale et infantile, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, de 1978 à 1999



Source : INSEE, Recensement Général de la Population 1990 et 1999. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Santé des enfants et des jeunes Génération Santé

La région Nord – Pas-de-Calais demeure la région la plus jeune de France métropolitaine, même si la part de ses moins de 25 ans tend à diminuer régulièrement. La santé des enfants et des jeunes représente donc pour notre région un enjeu important afin d'assurer une meilleure santé, tant physique que mentale ou sociale, des adultes des générations à venir. L'une des priorités régionales de santé est donc la prévention et la promotion de la santé des enfants et des jeunes, soit, concrètement la mise en place du Programme Régional de Santé *Génération santé 2025*.

Le PRS Santé des enfants et des jeunes est basé sur **3 axes stratégiques** :

- permettre aux enfants de naître et de 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 2002 :

- favoriser la qualité des liens d'attachement parent/enfant ;
- soutenir les parents en difficulté ;
- réduire le nombre de déficits sensoriels et cognitifs non pris en charge ;
- permettre aux jeunes de gérer leur 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 une communication positive autour du jeune ;
- adapter le niveau de connaissance des professionnels.

LES INDICATEURS DE CONTEXTE

Évolution de la population

Le Nord – Pas-de-Calais est toujours la région la plus jeune de France, mais la part des moins de 25 ans y diminue régulièrement, tandis que celle des plus de 65 ans augmente (Figure 1-1).

Cette diminution de la part des jeunes de moins de 25 ans dans la population régionale est également observée pour l'ensemble de la France métropolitaine, sachant que la part des moins de 25 ans y a toujours été moindre. Ainsi, en 1980, les jeunes représentaient 38,4 % de la population totale de France métropolitaine et 42,9 % de la population du Nord – Pas-de-Calais. 20 années plus tard, ces parts se sont réduites à 31,9 % au niveau national et 36,1 % au niveau régional.

Le vieillissement de la population est également expliqué par la forte baisse des moins de 25 ans dans la population de France métropolitaine : la durée de vie s'allonge et la part des seniors augmente et change (la part des moins de 75 ans recule et celle des grands âges progresse).

La **carte 11**¹ met en évidence que les arrondissements de Calais et Lille concentrent les plus fortes proportions de jeunes dans la région. Montreuil, Arras, Cambrai ainsi que Béthune connaissent les parts les plus faibles de jeunes dans la population du Nord – Pas-de-Calais, puisqu'elles sont en dessous de 34 % (à noter que la proportion de jeunes dans la population française au recensement en 1999 était de 30,9 %).

L'Indice Conjoncturel de Fécondité (ICF) du Nord – Pas-de-Calais (1,99 enfants par femme), reste supérieur à la moyenne française (1,90 enfants par femme).

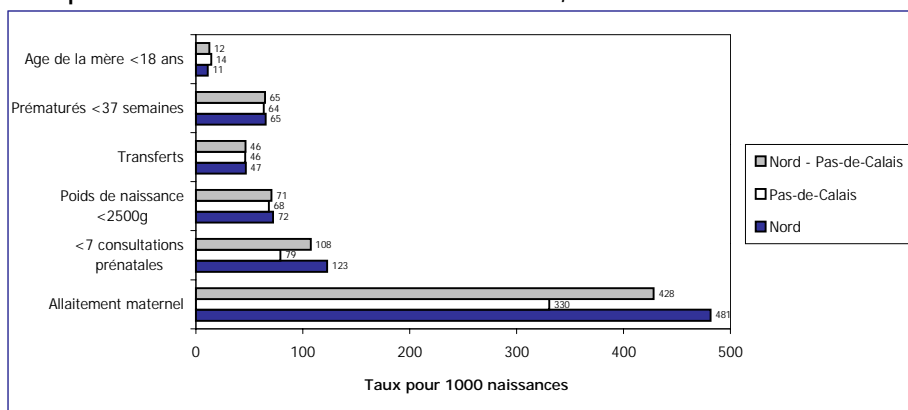
Cet indice retrouve dans la région le niveau atteint en 1990 (Figure 1-2). Il est proche du seuil de renouvellement des générations qui se situe à 2,1 enfants par femme (en ce qui concerne l'ensemble de la France, il faut remonter à 1980 pour atteindre le même Indice Conjoncturel de Fécondité).

Depuis 1997, l'Indice Conjoncturel de Fécondité ne cesse de progresser, tant au niveau régional que national, avec une pointe d'accélération pour l'année 2000, même si la remontée des naissances pour cette même année a été moins sensible dans la région (+0,06) que sur le plan national (+0,09).

¹ Les populations du graphique étant estimées, et celles de la carte provenant du Recensement Général de la Population 1999 de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques), il existe un léger décalage entre les chiffres. Cette différence s'explique par les données du recensement qui sont une "photographie" en mars 1999 de la population et ne prennent donc pas en compte les naissances de cette même année après le mois de mars.

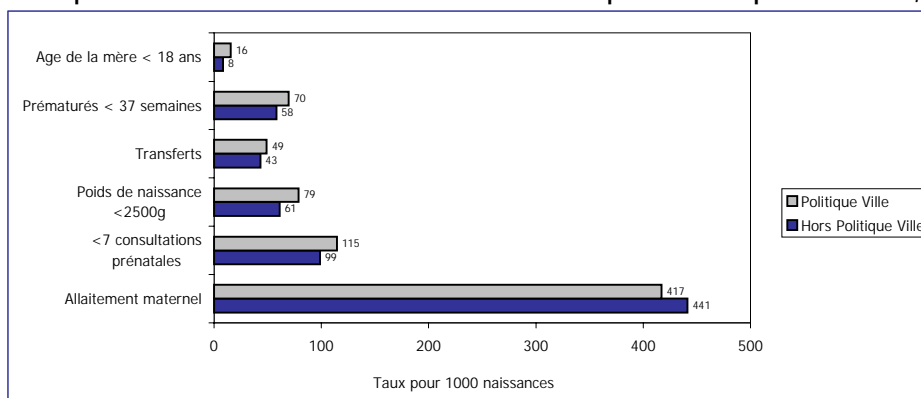
Santé des enfants et des jeunes Génération santé

1-4 Grossesse et périnatalité dans le Nord – Pas-de-Calais, en 2001



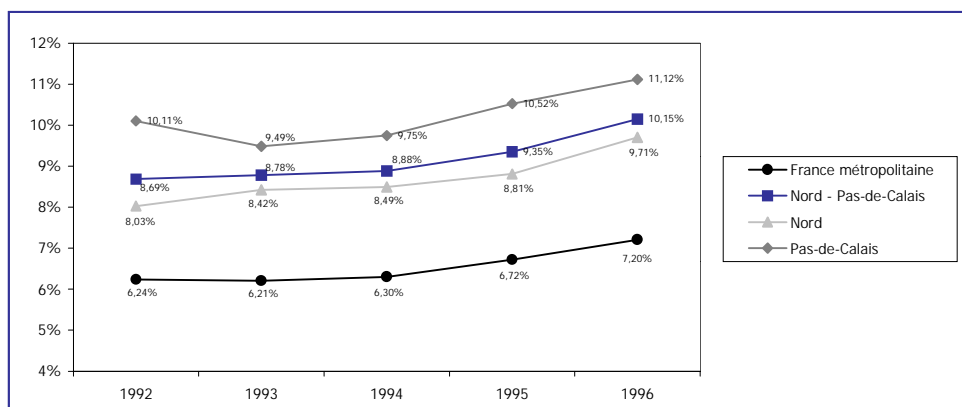
Source : Services de Protection Maternelle et Infantile des Conseils généraux du Nord et du Pas-de-Calais.

1-5 Grossesse et périnatalité dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 2001



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

1-6 Évolution 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 métropolitaine, entre 1992 et 1996



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

Santé des enfants et des jeunes

Génération Santé

Depuis 1999, la contribution des femmes de 15 à 29 ans au niveau global de la fécondité remonte, tandis que jusque-là elle diminuait. En 1990, naissaient deux enfants d'une mère de moins de 30 ans pour un enfant d'une mère de plus de 30 ans. En 1999, ce ratio est descendu à 1,4, pour remonter aujourd'hui à 1,5. Ce ratio n'est qu'à 1,1 en France car la population féminine française de plus de 30 ans a une fécondité de plus en plus similaire à celle des moins de 30 ans.

On peut désormais dire que le regain des naissances observé en 2000 n'était pas uniquement dû à l'effet "deuxième millénaire", ni à l'année bissextile, puisque le nombre de naissances reste encore soutenu et équivalent (malgré le moins grand nombre de femmes en âge de procréer).

Notre région a donc vu naître 57 500 bébés en 2001, soit 7,4 % des nouveau-nés français. Ce niveau n'avait pas été atteint depuis 1992. A ces naissances nombreuses, correspond également un taux de natalité fort (14,3 enfants pour 1 000 femmes en âge de procréer). Même s'il se rapproche du niveau national, ce taux reste d'un point plus élevé que celui de la France. Il est également intéressant de noter qu'il existe de fortes disparités entre les différents secteurs du département : la métropole lilloise connaît un taux de natalité de 16,9 pour 1 000, alors que le taux de natalité de l'Artois (12,3 pour 1 000) est inférieur à celui de la France.

Depuis 1978, la mortalité périnatale et la mortalité infantile n'ont quasiment pas cessé de diminuer (Figure 1-3), tant au niveau de la France que du Nord – Pas-de-Calais ; on observe cependant un certain ralentissement de la décroissance de ces taux depuis quelques années.

De 1978 à 1999, la mortalité périnatale a décliné dans des proportions similaires pour l'ensemble de la France et la région (la baisse a été respectivement de 8,2 et 9,7 points). En 1978, il y avait un écart de 2,6 points entre la mortalité périnatale du Nord – Pas-de-Calais (qui s'élevait à 17,27 décès pour 1 000 naissances) et celle de la France (14,7 décès pour 1 000 naissances). Cet écart s'est réduit à 1,1 point en 1999, avec une mortalité périnatale de 7,6 pour la région et de 6,5 pour la France. Un écart France-région subsiste, même si les taux se sont largement améliorés, et rejoints certaines années.

Par contre, la mortalité infantile a davantage diminué dans le Nord – Pas-de-Calais (-9,4 points) qu'en moyenne en France (-6,3 points). La chute de la surmortalité infantile s'est donc accompagnée d'une réduction de la surmortalité des enfants de moins de 1 an du Nord – Pas-de-Calais : en 1978 le taux régional dépassait l'indice national de plus de 3 points, en 1999 la surmortalité du Nord – Pas-de-Calais ne se chiffrait plus qu'à +0,2 points par rapport à la moyenne française. Les principales causes de décès avant 1 an sont les affections d'origine périnatale (prématurité, souffrance fœtale), les symptômes et états morbides mal définis (dont la mort subite du nourrisson), ainsi que les anomalies congénitales.

Autour de la grossesse

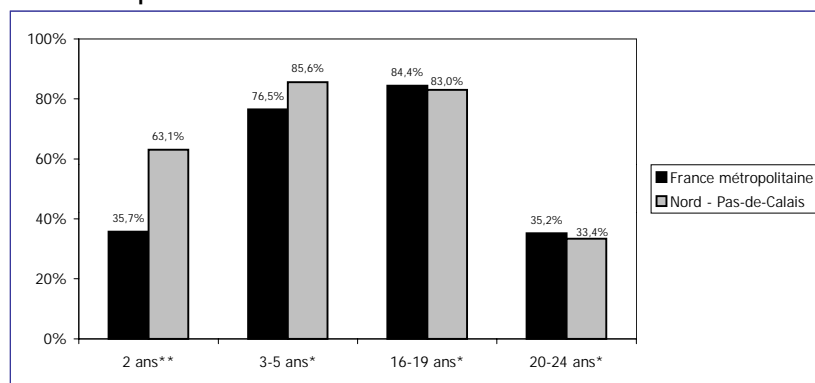
Les deux départements du Nord – Pas-de-Calais connaissent des situations similaires concernant la périnatalité (transferts, prématurés, petits poids de naissance, mères de moins de 18 ans). Cependant, l'allaitement maternel et les visites prénatales (Figure 1-4) font l'objet de différences entre les deux départements : l'allaitement maternel (déclaré lors du certificat du 8^{ème} jour de l'enfant, réalisé avant ou au 8^{ème} jour) est nettement moins pratiqué dans le Pas-de-Calais (sur 1 000 naissances, 330 enfants y sont allaités contre 481 dans le Nord). Par contre, le nombre de naissances ayant été précédées de moins de 7 consultations prénatales (nombre fixé dans le cas d'une grossesse normale) est plus important dans le Nord (123 pour 1 000 naissances) que dans le Pas-de-Calais (79 pour 1 000 naissances). La [carte 12](#) montre cette disparité entre les deux départements en 2001. Quatre arrondissements du Nord (Dunkerque, Douai, Cambrai et Maubeuge) sur un total de six sont en difficulté dans ce domaine. Ces arrondissements dépassent donc le taux de 135,7 naissances pour 1 000 n'ayant pas été précédées des 7 consultations prénatales. Seul l'arrondissement de Lille, et dans une moindre mesure celui de Valenciennes, se démarquent avec des taux inférieurs ou égaux à la moyenne régionale. Dans le Pas-de-Calais, seuls les arrondissements de Calais et Boulogne-sur-Mer sont dans une situation similaire aux quatre arrondissements en difficulté du département du Nord.

La situation des transferts ([Carte 13](#)) est quasiment identique dans les deux départements. Il est cependant intéressant de noter que les arrondissements aux forts taux de transferts correspondent à ceux ayant les moins bon suivis prénatals. Ces chiffres sont toutefois à relativiser car il existe des cas où le transfert peut être dû à un manque de place dans la maternité¹ par exemple.

¹ Une analyse détaillée des indicateurs de la situation périnatale dans la région fait l'objet dans les pages suivantes de la rubrique "Le point sur...".

Santé des enfants et des jeunes Génération santé

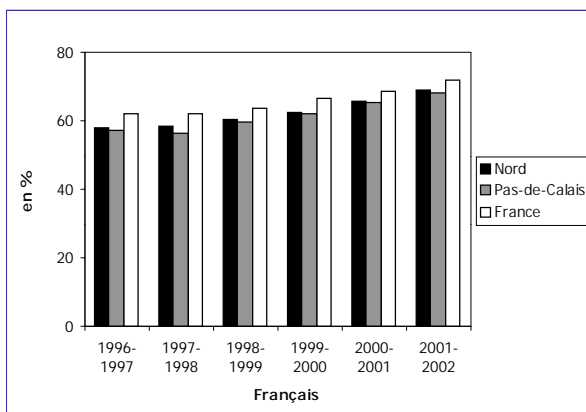
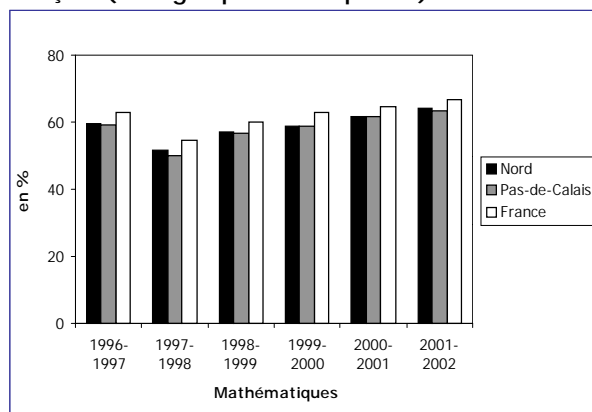
1-7 Taux de scolarisation (en %) chez les 2 ans, 3-5 ans, 16-19 ans et 20-24 ans, Nord - Pas-de-Calais versus France métropolitaine



** en 2001 * en 1999

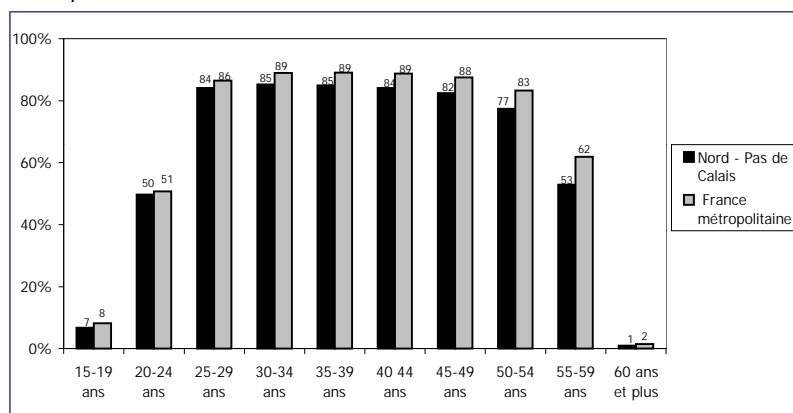
Source : INSEE, Recensement Général de la Population 1999 et Ministère de l'Éducation Nationale.
Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

1-8 Résultats en pourcentage de réussite des évaluations en classe de 6^{ème} en mathématiques et français (collèges publics et privés)



Source : Rectorat de Lille - Division Vie des établissements - Service Vie Pédagogique.

1-9 Proportion d'actifs dans la population (en %) par tranche d'âge, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, en 1999



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

Santé des enfants et des jeunes

Génération Santé

Comme en 2000, les taux des territoires concernés par la Politique de la Ville sont légèrement plus élevés que les autres ; sauf pour l'allaitement (417 naissances sur 1 000 dans les communes concernées par la Politique de la Ville contre 441 pour les communes hors Politique de la Ville).

La proportion de femmes de moins de 18 ans parmi les femmes ayant réalisé une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) est en hausse sur la période 1992-1996, tant au niveau régional que national (Figure 1-6). Ainsi, pour la France, 6,2 % des femmes ayant réalisé une IVG en 1992 avaient moins de 18 ans ; elles sont 7,2 % en 1996. La progression est encore plus forte dans la région Nord – Pas-de-Calais, puisqu'elle est passée de 8,7 à 10,2 % ; soit une augmentation de près de 1,5 points en 5 années. Dans le Pas-de-Calais, la part des femmes mineures chez les femmes ayant réalisé une IVG est nettement supérieure, quelle que soit l'année considérée.

Scolarité et chômage

La scolarisation avant 6 ans est beaucoup plus répandue dans le Nord – Pas-de-Calais qu'en France (Figure 1-7). En effet, 63,1 % des enfants de 2 ans de notre région sont scolarisés, alors que seuls 35,7 % le sont sur l'ensemble de la France métropolitaine. De même, mais dans une moindre mesure, la tranche d'âge des 3-5 ans est scolarisée à 85,6 % dans la région et à 76,5 % en France.

En ce qui concerne les tranches d'âge 16-19 ans et 20-24 ans, les écarts entre la région et la France sont quasiment nuls et s'inversent en faveur de l'ensemble de la France. Ainsi, au niveau national, 84,4 % des 16-19 ans sont scolarisés pour 83 % dans le Nord – Pas-de-Calais. Pour la tranche d'âge suivante (20-24 ans), les pourcentages sont nettement inférieurs. Cela correspond à des taux plus faibles d'accès à l'enseignement supérieur (universités, IUT, écoles diverses) dans la région (33,4 %) qu'en France (35,2 %).

Globalement, depuis l'année scolaire 1996-1997, les pourcentages de réussite aux tests d'évaluations de 6^{ème} se sont améliorés, que ce soit en mathématiques ou en français (Figure 1-8).

Malgré une baisse importante des pourcentages de réussite entre les années scolaires 1996-1997 et 1997-1998 (tant au niveau national que régional), que l'on peut éventuellement attribuer à une épreuve plus difficile cette seconde année, l'examen de mathématiques, connaît une progression régulière de ses pourcentages de réussite. Cependant, on remarque que le Nord et le Pas-de-Calais, plus ou moins équivalents en taux de réussite, sont toujours en deçà du niveau national. Les deux départements ont, dans cette discipline, dépassé le seuil des 60 % de réussite en 2000/2001 alors que ce même seuil est atteint pour la France depuis 1998-1999 (et le fut également en 1996-1997).

En ce qui concerne l'examen de français, les pourcentages de réussite sont légèrement plus élevés que pour les mathématiques (depuis l'année scolaire 1997-1998). Les deux départements du Nord et du Pas-de-Calais atteignent dès l'année scolaire 1998-1999 le seuil des 60 % de réussite ou presque (respectivement 60,5 % et 59,6 %) ; mais la France avait déjà atteint ce seuil en 1996-1997¹. Par contre, en 2001-2002, la France a franchi la barre des 70 % de réussite alors que les deux départements de la région sont encore en dessous (68,8 % pour le Nord, 68,1 % pour le Pas-de-Calais). Il subsiste donc, comme pour les mathématiques, un décalage en défaveur de la région Nord – Pas-de-Calais par rapport à la France, avec, pour le Pas-de-Calais des résultats légèrement en deçà de ceux du Nord.

La part des actifs au sein de la population (Figure 1-9) varie logiquement avec l'âge, et passe donc de 7 % pour les 15-19 ans à 50 % chez les 20-24 ans (l'entrée des jeunes dans la vie active est de plus en plus tardive), puis atteint les 80 % au-delà de 25 ans (jusqu'à 50 ans environ). Ces données régionales sont proches de celles de la France métropolitaine, même si le Nord – Pas-de-Calais se trouve toujours légèrement en dessous. Par contre, en ce qui concerne la part des demandeurs d'emploi dans la population active (Figure 1-10), le Nord – Pas-de-Calais est toujours supérieur à la France, et les écarts les plus importants concernent les jeunes. Ainsi, plus de la moitié des actifs de 15-19 ans de la région est au chômage, alors que seulement 28 % de cette même classe d'âge l'est au niveau national. 36 % des 20-24 ans actifs du Nord – Pas-de-Calais sont demandeurs d'emploi contre 25 % au niveau national.

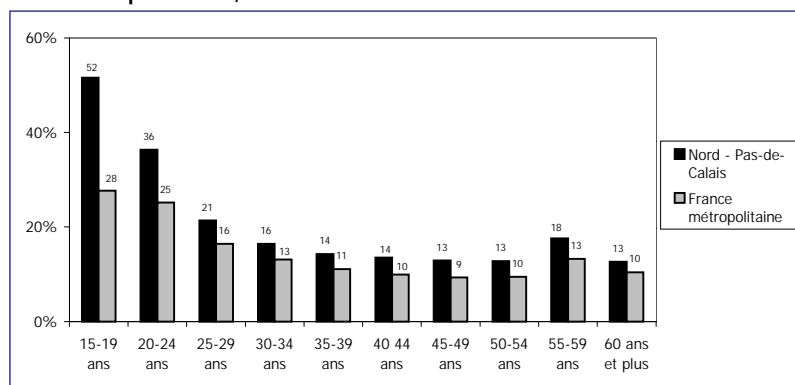
La **carte 14**² montre que les arrondissements les plus touchés par le chômage des jeunes actifs se situent à la fois dans le Nord (arrondissements de Douai et Valenciennes) et dans le Pas-de-Calais (arrondissements de Calais et Lens), avec des taux supérieurs à 41,3 % ; soit 3 points de plus que la moyenne régionale. Les arrondissements de Maubeuge et de Béthune dépassent également la moyenne régionale et suivent de près les arrondissements précédents. Les autres arrondissements sont à égalité ou en dessous de la moyenne régionale, avec les taux les plus faibles pour Montreuil et Lille.

¹ Les données des années précédentes n'étant pas disponibles, nous ne pouvons savoir à partir de quelle année ce seuil fut atteint.

² Les taux utilisés dans la carte sont des taux bruts ne tenant pas compte des proportions de jeunes dans les classes d'âges quinquennales précédant et suivant l'âge de 20 ans.

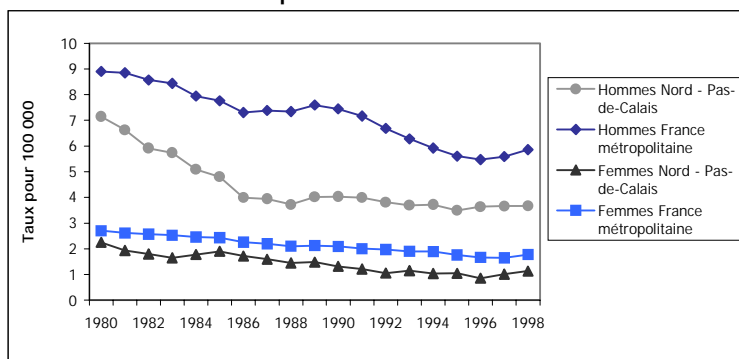
Santé des enfants et des jeunes Génération santé

1-10 Part des demandeurs d'emploi (en %) dans la population active, selon l'âge, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, en 1999



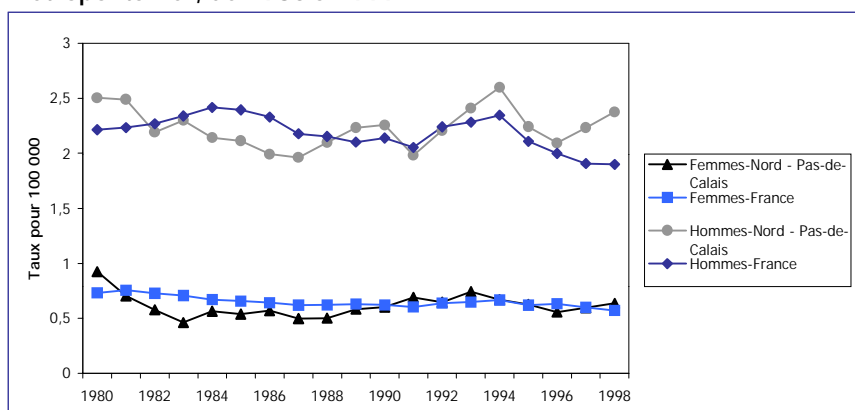
Source : INSEE RGP 1999. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

1-11 Évolution de la mortalité par accident de la circulation des jeunes de 10 à 24 ans, par sexe, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine¹ de 1980 à 1999



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

1-12 Évolution de la mortalité par suicide des jeunes de 10 à 24 ans, par sexe, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine¹, de 1980 à 1999



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

¹ Les taux utilisés sont des taux standardisés sur une population européenne-type (le lecteur pourra se référer au PRS Challenge pour des explications complémentaires concernant la construction de ces taux).

Santé des enfants et des jeunes

Génération Santé

Il est cependant important de relativiser ces taux en les comparant à la moyenne nationale qui est de 25,6 %. La situation des jeunes actifs au chômage dans la région est donc mauvaise, et ne semble pas s'améliorer puisqu'en 2001 l'effectif des jeunes demandeurs d'emploi a progressé de près de 4 %.

Attitudes et comportements des jeunes

Ces vingt dernières années les accidents de la route ont davantage touché les jeunes hommes que les jeunes femmes (Figure 1-11). La mortalité par accident de la circulation est restée stable chez les jeunes femmes de 10 à 24 ans alors qu'elle a davantage décru en ce qui concerne le sexe masculin. La région Nord – Pas-de-Calais se situe en dessous des tendances nationales en ce qui concerne cette cause de mortalité, quel que soit le sexe.

Il semble que depuis vingt ans, le recours au suicide reste stable chez les jeunes de 10 à 24 ans (Figure 1-12). Les garçons se suicident toujours plus que les filles. Il est intéressant de noter que pour une classe d'âge quasiment identique (12-25 ans), dans le Baromètre Santé la tendance est inversée concernant le fait d'avoir pensé au suicide (Figure 1-13) : les filles ont davantage pensé au suicide que les garçons au cours des 12 derniers mois. L'évolution des suicides des jeunes de la région Nord – Pas-de-Calais suit la même tendance que celle de la France.

Le **Baromètre Santé des 12-25 ans** porte sur un échantillon de 1 239 jeunes de 15 à 25 ans de la région. Il fournit des indicateurs permettant au groupe de suivi de mieux connaître les représentations, attitudes et comportements de cette population. Quelques-uns des thèmes abordés dans le Baromètre sont présentés dans les pages suivantes.

Le profil de santé de Duke (Figure 1-14) 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.

Les résultats du score de l'échelle de Duke sont nettement contrastés selon le sexe. En effet, le score de santé générale est moins élevé en moyenne pour les filles que pour les garçons. Il en est de même pour les scores des différentes dimensions (physique, mentale et sociale), puisque les garçons déclarent avoir une meilleure qualité de vie que les filles, quelles que soient les dimensions concernées. Les scores de dépression et d'anxiété sont également moins favorables aux filles qu'aux garçons (36 contre 27 pour la dépression, et 38 contre 29 pour l'anxiété).

Si l'on analyse ces scores défavorables pour les filles de 12 à 25 ans, en parallèle des chiffres concernant le suicide, on s'aperçoit que quelles que soient les classes d'âge concernées, les filles sont toujours plus nombreuses à avoir pensé au suicide. Ainsi, les filles de 15 à 19 ans sont 14,5 % à avoir pensé au suicide au cours des 12 derniers mois, contre seulement 3,6 % des garçons. La différence entre sexe s'amenuise pour la classe d'âge des 20-25 ans (7,3 % des garçons, 8,4 % des filles). C'est donc entre 20 et 25 ans que les garçons pensent davantage au suicide, alors que les filles sont plus précoces puisqu'elles y pensent entre 15 et 19 ans.

Globalement, 7,1 % des jeunes de 12 à 25 ans du Nord – Pas-de-Calais disent avoir pensé au suicide au cours des 12 derniers mois. Ces idées suicidaires semblent en partie liées à la perception de l'écoute et de l'estime que leur portent leurs parents. Parmi les jeunes ayant eu des idées suicidaires, seuls un peu plus d'un tiers en ont parlé à quelqu'un (34,8 %), le plus souvent à un ami. Les filles semblent se confier moins souvent (25,0 %) que les garçons (50,6 %), mais la signification statistique de ce résultat est limitée en raison des faibles effectifs concernés.

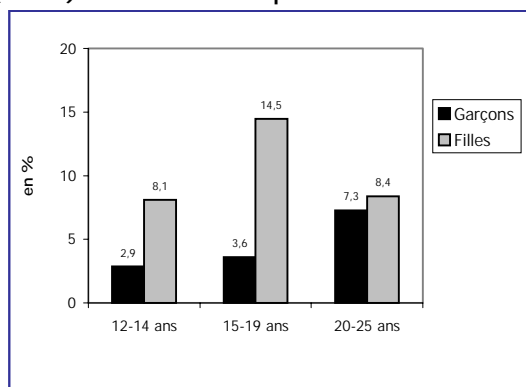
Dans la région Nord – Pas-de-Calais, 15,5 % des garçons et 12,1 % des filles ont un poids déclaré supérieur à la normale (Indice de Masse Corporelle supérieur à la normale). Les garçons sont donc plus nombreux que les filles à être en situation de surpoids (Figure 1-15). Cette tendance se retrouve quelle que soit la région. Les pays de la Loire ont le taux le plus faible quel que soit le sexe. La Picardie possède le taux le plus élevé pour les filles.

Par contre, on remarque que dans le Nord – Pas-de-Calais, l'obésité touche davantage les filles (8,7 %) que les (6,3 %).

L'image que les jeunes ont de leur poids varie globalement dans le même sens que la réalité appréciée par leurs déclarations. Cependant, 21,8 % des jeunes dont l'Indice de Masse Corporelle est considérée comme normal, se perçoivent comme trop gros, et 13,3 % comme trop maigres. D'autre part, 27,6 % des jeunes de poids supérieur à la normale se considèrent comme à peu près du bon poids.

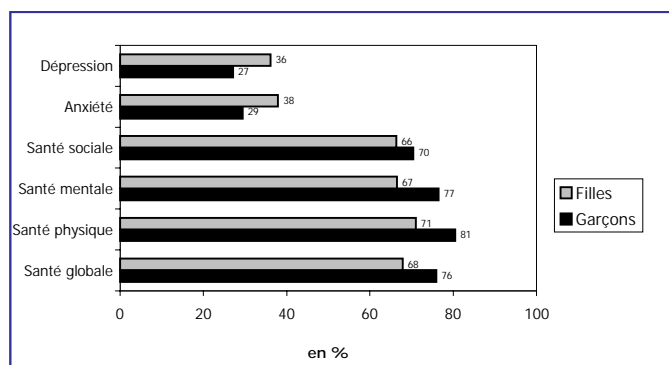
Santé des enfants et des jeunes Génération santé

1-13 Proportion de jeunes (en %) déclarant avoir pensé au suicide au cours des 12 derniers mois



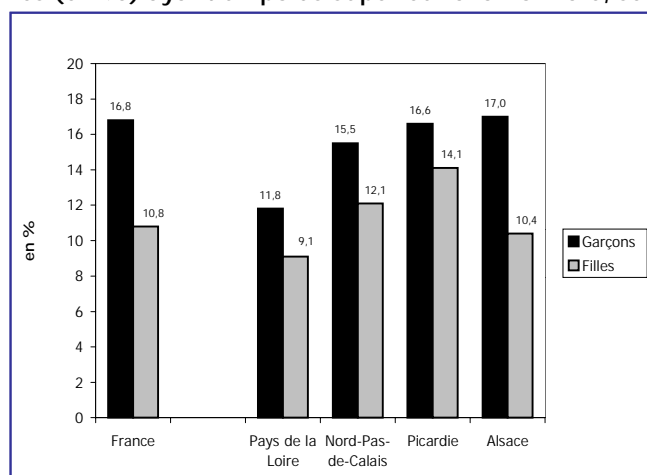
Source : Baromètre Santé des 12-25 ans, premiers résultats 2000, INPES, ORS Nord - Pas-de-Calais, DRASS, CRAM.

1-14 Scores moyens de l'échelle de Duke selon le sexe, chez les jeunes de 12 à 25 ans, dans le Nord - Pas-de-Calais



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

1-15 Proportion de jeunes (en %) ayant un poids supérieur à la normale, selon le sexe



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

Santé des enfants et des jeunes

Génération Santé

11,0 % des jeunes du Nord – Pas-de-Calais déclarent avoir fait quelque chose de risqué par plaisir ou par défi au cours du dernier mois (Figure 1-16). Quelle que soit la classe d'âge, la proportion de garçons ayant pris un risque dans les 30 derniers jours est plus importante que celle des filles. Plus l'âge augmente et plus l'écart entre filles et garçons concernant la prise de risque est grand : entre 20 à 25 ans, 17,6 % des garçons et 3,9 % des filles ont pris un risque, alors qu'entre 12 et 14 ans, cela concerne 7,9 % des garçons et 2,8 % des filles.

La violence physique a touché 1 jeune sur 13 de la région Nord – Pas-de-Calais au cours de l'année précédent l'enquête (Figure 1-17). En effet, 7,2 % des jeunes déclarent avoir été frappés ou blessés physiquement par quelqu'un au cours des 12 derniers mois. La proportion de victimes est plus importante parmi les garçons que parmi les filles. Seule la proportion de filles de la classe d'âge 12-14 ans est plus forte que celle des garçons. La fréquence des agressions diminue donc avec l'âge pour les filles, mais est maximale entre 15 et 19 ans chez les garçons (14,1 %).

Près de 3 jeunes sur 10 de la région Nord – Pas-de-Calais déclarent avoir souffert d'une douleur difficile à supporter au cours des douze derniers mois (Figure 1-18). Quel que soit l'âge, les filles rapportent plus fréquemment que les garçons avoir souffert d'une douleur difficile à supporter. Plus de 30 % des filles, toutes classes d'âge confondues, déclarent avoir souffert, alors que les garçons sont largement (à l'exception des 20-25 ans) en deçà de ce chiffre.

Globalement, les jeunes concernés ont attendu que la douleur passe (60,8 %) ou ont essayé de se soigner par eux-même (45,3 %). Seulement la moitié d'entre eux est allée consulter un professionnel de santé et 10,1 % ont été hospitalisés. Les différences entre garçons et filles concernant l'attitude face à la douleur sont faibles, même si les garçons ont davantage tendance à ne pas recourir à un professionnel de santé (71,7 % des garçons ont attendu que ça se passe contre 54,3 % des filles, et 52,4 % des filles sont allées consulter contre 48,1 % des garçons). Toutefois, les garçons se font davantage hospitaliser que les filles face à une douleur difficile à supporter (13,3 % contre 8,2 %).

LES PROJETS RETENUS EN 2002

Le PRS Santé des enfants et des jeunes représente 32,1 % des 1 008 projets proposés dans le cadre des PRS (588 ont été acceptés ; soit un taux d'acceptation de 58,3 %). Ce PRS (dont la moitié des projets a été financée) représente plus d'un quart de la totalité des projets acceptés (27,0 %).

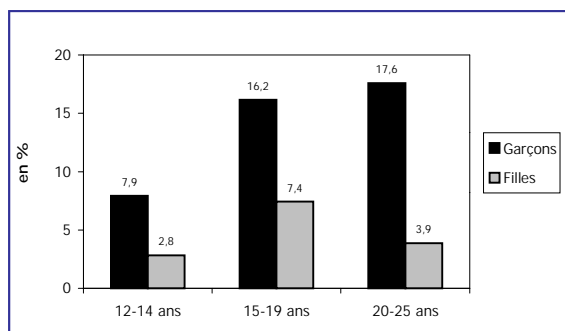
28,3 % des actions du PRS Santé des enfants et des jeunes ont pour objectif de favoriser le sentiment de bien-être des enfants et des jeunes (soit 21,0 % du financement total de ce PRS), 15,1 % de soutenir les parents isolés ou en difficulté (16,3 % du financement) et 10,1 % de permettre aux jeunes de gérer la prise de risque (4,3 % du financement). On peut donc constater (Figure 1-20) que la part d'un objectif dans le nombre d'actions ne correspond pas au même pourcentage quant au financement (Carte 15). Ainsi un petit nombre d'actions concernant un objectif peut nécessiter une part importante des financements du PRS ; tel est le cas de l'objectif "Réduire les déficits sensoriels non pris en charge" qui ne représente que 5,7 % des actions mais 17,8 % du financement total du PRS Santé des enfants et des jeunes ; ou encore de l'objectif "Favoriser la qualité des liens d'attachement parents-enfants" (6,3 % du nombre d'actions mais 19,0 % du financement total de ce PRS).

Le milieu associatif (Figure 1-21) représente, en tant que porteur de projets, près de la moitié du nombre d'actions et du financement (respectivement 45,3 et 48,0 %) du PRS Santé des enfants et des jeunes. L'Éducation nationale arrive en seconde position des porteurs avec 29,6 % des projets mais avec une part du financement s'élevant à 10,7 %. Par contre, 18,6 % des financements vont aux établissements de santé alors qu'ils ne portent que 6,3 % des actions.

La carte 16 met en évidence des disparités entre arrondissements concernant le nombre de projets relatifs à la santé des enfants et des jeunes (rapportés à une population de 1 000 000). Ainsi, Béthune et Valenciennes sont les deux arrondissements ayant le moins de projets par habitant puisqu'il y a moins de 27,8 projets pour 1 000 000 d'habitants (ces projets sont essentiellement portés par l'Éducation Nationale). Les arrondissements de Boulogne-sur-Mer, Calais et Saint-Omer ont la plus grande densité de projets par rapport à la population ; ils dépassent 51,8 projets pour 1 000 000 d'habitants. L'arrondissement de Lille est également bien placé, avec un nombre important d'actions qui sont pour plus de la moitié portées par les associations.

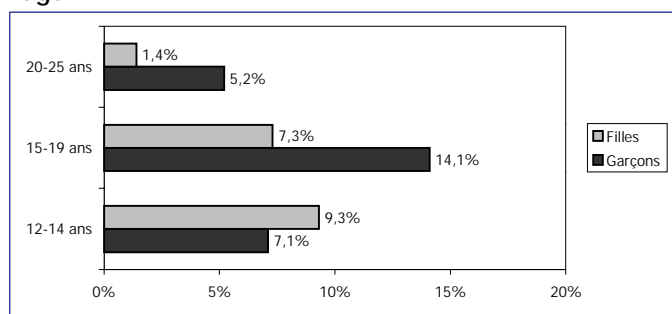
Santé des enfants et des jeunes Génération santé

1-16 Proportion de jeunes (en %) déclarant avoir fait quelque chose de risqué par plaisir ou par défi au cours du dernier mois



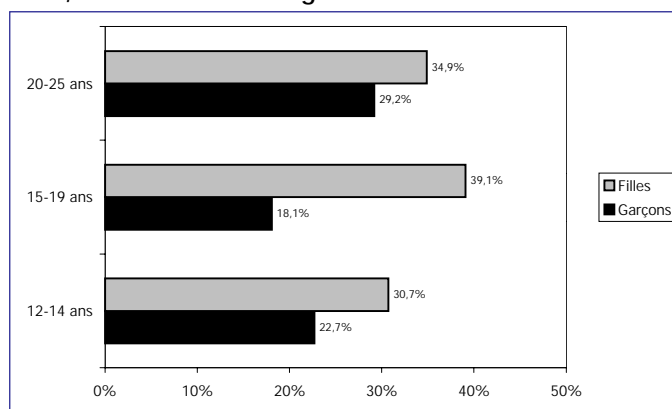
Source : Baromètre Santé des 12-25 ans, premiers résultats 2000, INPES, ORS Nord - Pas-de-Calais, DRASS, CRAM.

1-17 Proportion de jeunes (en %) déclarant avoir été frappés ou blessés au cours des 12 derniers mois, selon le sexe et l'âge



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

1-18 Proportion de jeunes (en %) déclarant avoir souffert d'une douleur difficile à supporter au cours des 12 derniers mois, selon le sexe et l'âge



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

Santé des enfants et des jeunes

Génération Santé

Le type de projets concentrant la plus grande part des projets (Figure 1-22) est celui concernant l'éducation, avec 45,9 % des actions qui y sont consacrées et 29,2 % des financements. Les projets de type Formation professionnelle représentent 12,6 % des actions et 14,2 % des financements, ceux concernant l'Information (apport d'outils, de supports, de messages, d'échanges et de débats mais sans évaluation), 11,9 % des actions et 7,1 % des financements. La majeure partie des projets concerne donc le transfert de connaissances que ce soit vers les jeunes ou les formateurs. Cette répartition se retrouve bien sûr au niveau des arrondissements, à l'exception de Douai où la part des projets relevant de l'éducation est moins importante qu'ailleurs.

Près de la moitié des actions concernent le département du Nord (Figure 1-23) et concentrent 51,6 % des financements. Le Pas-de-Calais est donc largement sous-représenté puisque seulement 34,6 % des actions et 22,4 % des financements le concernent. Cette tendance, quant à la répartition du nombre d'actions entre départements, se retrouve à l'échelle de l'ensemble des PRS. La région finance 26 % du total des actions du PRS Santé des enfants et des jeunes, soit 8,2 % de ses actions.

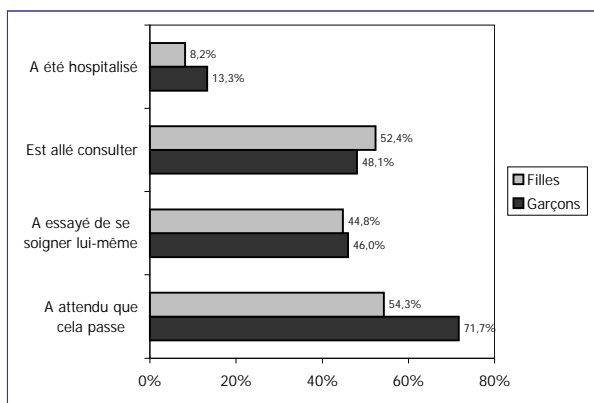
On considère qu'une action est locale si le territoire concerné est au plus un seul arrondissement, les autres actions étant considérées comme départementales ou, si au moins un arrondissement de chaque département est concerné, comme régionales.

La plupart des actions (87,4 %) visent un territoire local (qui ne concerne qu'un seul arrondissement) et représentent 68,3 % du financement des actions (Figure 1-24). Seulement 4,9 % des actions dépassent le cadre d'un arrondissement et concentrent 5,5 % des financements. Les actions à l'échelle de la région sont moins représentées que l'année dernière puisque 8,2 % du nombre total d'actions 2002 est à l'échelle régionale, alors que 12,9 % l'étaient en 2001. La part des financements concernant les projets "régionaux" a également chuté en passant de 32,9 à 26 %.

Le PRS Santé des Enfants et des jeunes est financé à 42,1 % par l'État (Figure 1-25). Le Conseil régional arrive en seconde position en finançant 19,8 % de ce PRS. L'Agence Régionale de l'Hospitalisation finance 16,6 % des actions en 2001 alors qu'elle n'en finançait que 12,2 % l'année dernière. Le Conseil général du Pas-de-Calais finance 9,6 % de ce PRS, contre 6,2 % pour le Conseil général du Nord. Il semble donc que le Conseil général du Pas-de-Calais soit très présent dans le financement des actions visant son département puisque les actions le concernant sont moins nombreuses que celles du département du Nord.

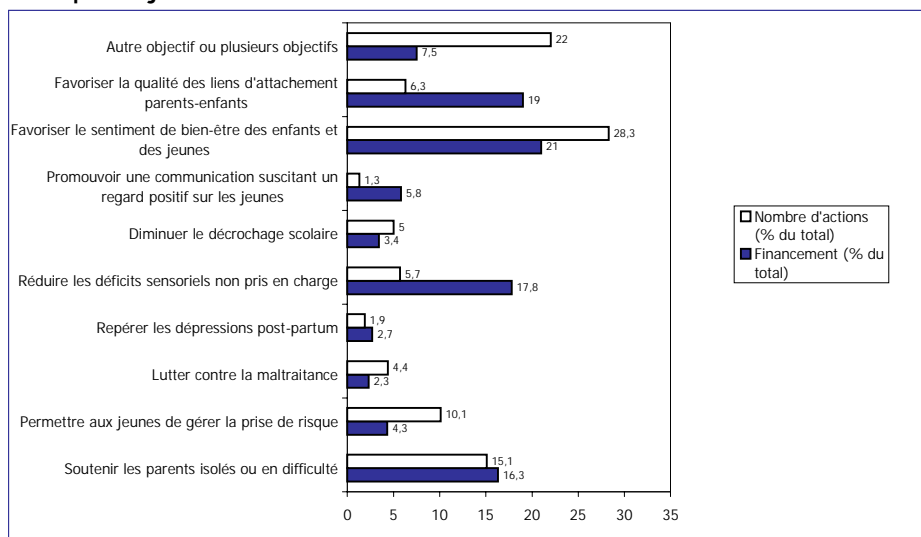
Santé des enfants et des jeunes Génération santé

1-19 Attitude face à la douleur selon le sexe



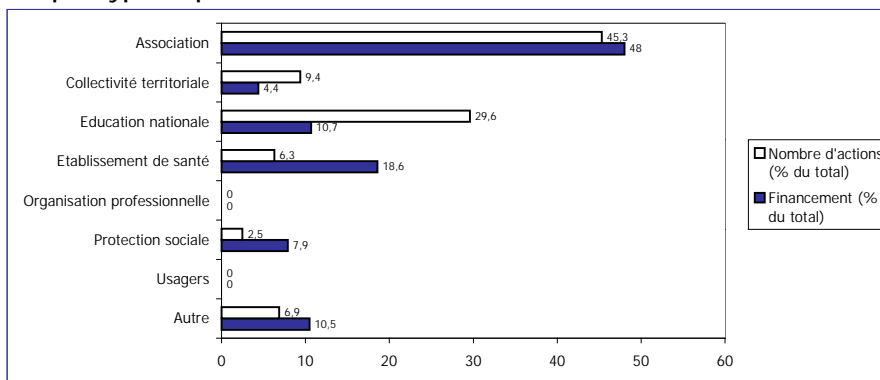
Source : Baromètre Santé des 12-25 ans, premiers résultats 2000, INPES, ORS Nord - Pas-de-Calais, DRASS, CRAM.

1-20 Répartition par objectifs du nombre d'actions et de leur financement



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

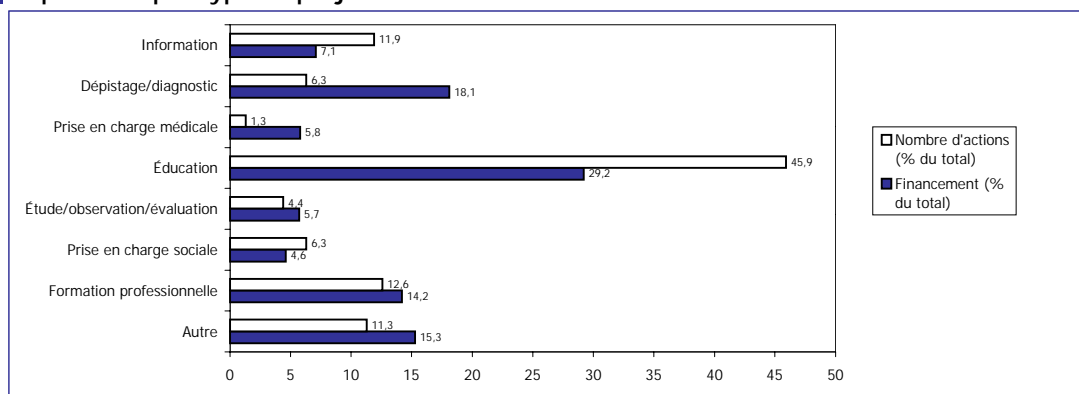
1-21 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement



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

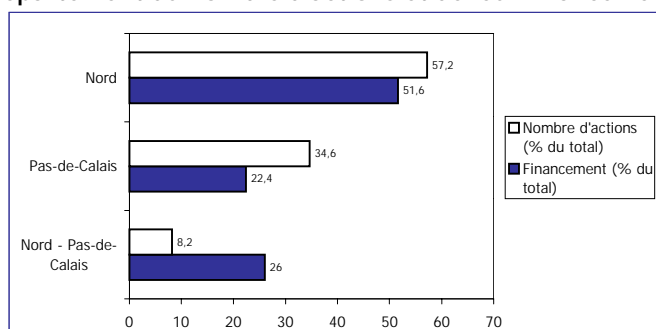
Santé des enfants et des jeunes Génération Santé

1-22 Répartition par type de projet du nombre d'actions et de leur financement



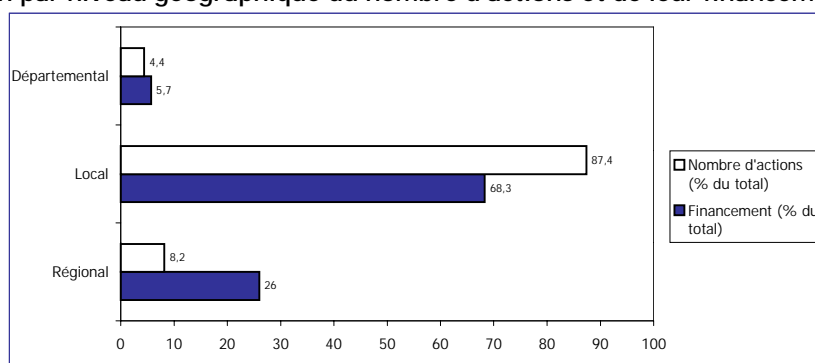
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

1-23 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement



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

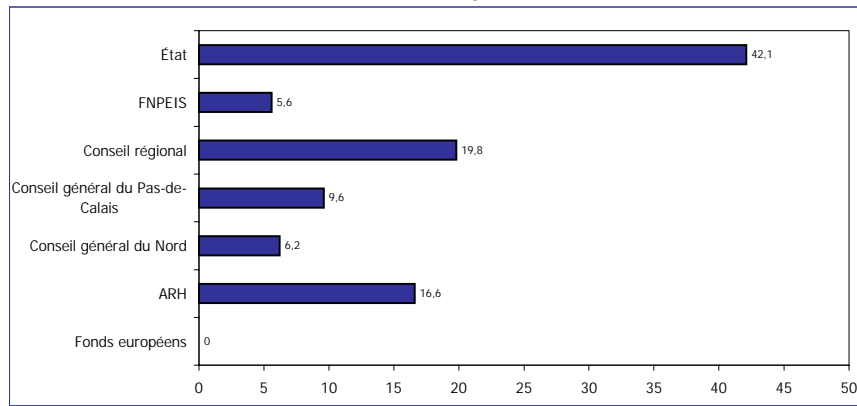
1-24 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement



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

Santé des enfants et des jeunes Génération santé

1-25 Répartition du financement des actions (en %) par financeur



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

Le point sur...

La situation périnatale dans le Nord – Pas-de-Calais

Avec 58 235 naissances en 2000 et un taux de natalité de 13,6 pour 1 000¹, la région Nord – Pas-de-Calais demeure une région à forte natalité, malgré des disparités entre les secteurs. La prise en charge de la grossesse et des nouveau-nés représente donc un enjeu important. De nombreux progrès dans le domaine de l'obstétrique et de la néonatalogie ont permis, ces dernières décennies, une amélioration de la situation sanitaire environnant la naissance. Essentiellement basés sur les statistiques² de 1993³ et 2000-2001 des services de Protection Maternelle et Infantile des Conseils généraux du Nord et du Pas-de-Calais, les résultats présentés ci-après mettent en évidence les évolutions dans le domaine de la périnatalité⁴.

BREF PROFIL SOCIOLOGIQUE DES FEMMES AYANT DONNÉ NAISSANCE

Globalement, la comparaison entre 1993 et 2000 met en évidence un certain recul de l'âge de la mère à la naissance. En effet, la part des femmes de 18 à 25 ans ayant accouché passe de 33,3 % en 1993 à 29,5 % des naissances de l'année 2000, alors que la part des femmes de 26 à 37 ans varie de 53,1 % en 1993 à 60,44 % en 2000. Les naissances issues de femmes de 38 ans et plus ont également légèrement augmenté (de 3,8 % à 4,2 %). Par contre, les grossesses de jeunes femmes mineures restent stables et représentent, comme en 1993, 1,1 % des naissances de la région. La proportion de femmes vivant seules (nous dirons femmes car la proportion d'hommes est minime, même si elle tend à augmenter) au moment de la naissance a légèrement augmenté (2,76 % des naissances en 1993, 2,82 % en 2001). Mais cette

¹ En 2000, le taux de natalité de la France était de 13,2 pour 1 000.

² Ces informations sont elles-mêmes issues du premier certificat réalisé par un médecin ou un pédiatre dans les 8 premiers jours après la naissance.

³ Tillard B, Vittrant C, Fourmentraux JP, Schmitt MO. *Le premier certificat de santé de l'enfant 1993*. Lille : Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais, 1995 ; 35 p.

⁴ La périnatalité correspond à la période suivante : de la 28^{ème} semaine de gestation au 6^{ème} jour après la naissance.

légère progression pour la région cache une disparité entre les deux départements : la proportion de mères isolées a augmenté dans le Nord mais a baissé dans le Pas-de-Calais, d'autre part, les mères isolées sont largement plus représentées dans le Nord (3,69 % en 2001) que dans le Pas-de-Calais (1,23 % en 2001).

Les emplois occupés par les femmes sont majoritairement de type employés (22,3 % en 2001) et professions intermédiaires (16,5 % en 2001). La part de cette dernière catégorie socioprofessionnelle tend d'ailleurs à augmenter entre 1993 et 2001, notamment grâce au département du Nord ; les cadres et professions intellectuelles supérieures sont également en hausse, avec une progression de près d'un point entre nos deux années de référence. Par contre, les femmes sans activité professionnelle au moment de la naissance sont largement représentées (45,3 %), et cette proportion a même augmenté (de 3 points) entre 1993 et 2001.

VERS UNE INTENSIFICATION DU SUIVI PRÉNATAL ?

Sept consultations prénatales pour une grossesse "normale" sont requises et constituent le nombre légal de visites à réaliser. L'enquête nationale de Blondel⁵ montre d'ailleurs que les grossesses peu ou pas suivies ont un risque relatif de mortalité périnatale multiplié par 2, et des risques de prématurité et de poids inférieur à 2 500 g multiplié par 3 par rapport aux grossesses bien suivies. Une nette amélioration du suivi des femmes est constatée au travers des consultations prénatales dans la région. Les naissances ayant fait l'objet de moins de 3 consultations prénatales représentent désormais une faible part des naissances (0,76 % en 2001 contre 1,99 % en 1993). Le pourcentage de naissances ayant bénéficié de moins de 7 consultations est également en baisse puisqu'il représente 10,75 % des enfants nés en 2001, contre 22,99 % des naissances de 1993. A noter que le Pas-de-Calais réalise un meilleur suivi de ses parturientes

⁵ cité in www.arh5962.fr dans la rubrique La politique sanitaire /Planification/SROS/Le SROS Périnatalité.

puisque seulement 7,9 % de celles ci ont réalisé moins de 7 consultations prénatales contre 12,28 % dans le Nord (Carte 12). Même si ces pourcentages sont tous en baisse, le suivi de la grossesse montre encore des carences (les taux encore importants de pathologies évitables en partie comme les prématurés, les enfants de petits poids en témoignent).

La préparation psychoprophylactique à l'accouchement (consistant en 6 à 8 séances de préparation à la naissance) touche de plus en plus de naissances tout en restant insuffisante. Ainsi, 18,0 % des naissances en 2001 ont été précédées d'une préparation alors que seulement 9,5 % des naissances l'avaient été en 1993. Les disparités entre les deux départements de la région sont fortes : la préparation à l'accouchement dans le Nord a touché 22,0 % des naissances en 2001 (10,3 % en 1993) contre seulement 10,7 % dans le Pas-de-Calais (7,67 % en 1993). Le Pas-de-Calais est donc largement en deçà du Nord et progresse lentement dans ce domaine.

Suivi de la grossesse (en % des naissances)

	1993	2001
Visites prénatales		
Moins de 3	2,0	0,8
Moins de 7	23,0	10,8
Préparation psychoprophylactique à l'accouchement		
	9,5	18,0
Hospitalisation durant la grossesse		
Moins de 8 jours	14,4	14,2
8 jours et plus	10,2	11,5
	4,3	3,0

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

Les hospitalisations durant la grossesse restent stables entre 1993 et 2001, même si le Nord connaît une légère hausse (15,1 % des naissances en 1993 ont fait l'objet d'une hospitalisation durant la grossesse contre 16,1 % en 2001), et le Pas-de-Calais une baisse (13,0 % des naissances en 1993 et 10,7 % en 2001). La plupart des hospitalisations sont brèves, avec une durée d'une semaine ou moins. Les hospitalisations de plus de 7 jours sont d'ailleurs en régression entre 1993 et 2001.

ÉVOLUTION DES PRATIQUES DANS LE DÉROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT

La comparaison des chiffres des années 1993 et 2001 concernant la césarienne montre une tendance à l'accroissement de cette pratique. Ainsi, 14,1 % des nouveau-nés en 1993 contre 17,7 % en 2001 sont nés par césarienne. L'évolution est similaire dans les deux départements mais le Nord a

une proportion de césariennes plus élevée que le Pas-de-Calais.

Une naissance sur 5 fait l'objet d'un déclenchement et 60,1 % des accouchements se font sous péridurale (62,6 % dans le Nord et 55,5 % dans le Pas-de-Calais). N'ayant pas de chiffres de source identique pour l'année 1993, il n'est pas possible de mesurer l'évolution de ces pratiques. Il semble cependant qu'elles soient à la hausse au niveau national ; ceci traduisant une augmentation de la volonté de maîtrise du travail et de l'accouchement.

ÉTAT DE SANTÉ À LA NAISSANCE ET ALLAITEMENT

Prématurité et faible poids

Le taux de prématurité (naissances avant 37 semaines) n'a pas diminué entre 1993 et 2001. Au contraire, les naissances à moins de 37 semaines ont augmenté en passant de 5,0 % en 1993 à 6,5 % des naissances en 2001. Les naissances de nouveau-nés de moins de 33 semaines ont également progressé, mais dans une moindre mesure (0,9 % en 1993 et 1,2 % en 2001). Le nombre d'enfants de faible poids (moins de 2 500 grammes) a également augmenté depuis 1993. Les enfants de moins de 2,5 kg représentaient 6,3 % des naissances en 1993, en 2001, ils en représentent 7,1 %. C'est surtout dans le Nord que l'augmentation du nombre d'enfants de faible poids est marquée, avec une hausse de près de 1 point entre 1993 et 2001 (6,3 puis 7,1 %). Les enfants de très petit poids à la naissance (moins de 1,5 kg) sont aussi plus nombreux mais dans une moindre mesure puisqu'ils représentent moins d'1 % des naissances en 2001 (contre 0,6 % en 1993).

Prématurés et faibles poids (en % des naissances)

	1993	2001
Prématurés de moins de 33 semaines	0,9	1,2
Prématurés de moins de 37 semaines	5,0	6,5
Poids inférieur à 1 500 g	0,6	0,8
Poids inférieur à 2 500 g	6,3	7,1

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

Les modifications de pratiques qui tendent à faire naître de plus en plus précocement les enfants menacés *in utero* sont la principale raison de ces hausses de prématurés et d'enfants de faible poids. À cela s'ajoute l'augmentation du nombre d'enfants issus de grossesses multiples (en lien avec l'accroissement des traitements de la stérilité), enfants chez lesquels prématurité et faible poids sont courants (au niveau national, en 1998, les jumeaux nés

vivants sont prématurés dans 48 % des cas et sont de faible poids dans 56 % des cas¹).

Score Apgar et allaitement

L'état de santé à la naissance est mesuré par le score d'Apgar qui consiste à évaluer à la naissance cinq éléments cotés de 1 à 2 : fréquence cardiaque, effets respiratoires, tonus musculaire, réponse aux stimulations, coloration cutanée. Ce score, établi à la cinquième minute de vie, fournit des informations quant à l'adaptation à la vie extra-utérine. 0,4 % des enfants nés en 2001 ont un score d'Apgar inférieur à 7 ; ce qui peut être considéré comme un critère de souffrance néonatale. Le pourcentage de nouveaux-nés ayant fait l'objet d'un transfert post-natal (vers un autre service ou un autre établissement) s'élève à 4,6 % des naissances en 2001 (Carte 13). Ce pourcentage a légèrement diminué puisqu'il se situait à 5,8 % en 1993 ; soit une baisse de 1 point en 8 ans. La baisse des transferts post-natals a davantage diminué dans le Pas-de-Calais, en atteignant une baisse de 1,8 points entre 1993 et 2001.

L'allaitement concerne en 2001 42,8 % des nouveau-nés de la région. Cette pratique s'élargit de plus en plus puisqu'en 1993 seulement 34,6 % des enfants étaient allaités à la naissance. Le département du Nord se différencie du Pas-de-Calais avec une proportion beaucoup plus importante d'enfants allaités (48,1 % contre 33,0 % en 2001). L'évolution de la pratique de l'allaitement dans le Pas-de-Calais s'est cependant améliorée puisqu'elle augmente de près de 8 points entre 1993 et 2001 (pour la même période, le Nord a connu une évolution de 9 points). Il faut cependant nuancer ces chiffres, puisqu'ils proviennent du premier certificat de naissance de l'enfant (le plus souvent réalisé par le pédiatre durant le séjour en maternité), et qu'il est très probable que la proportion d'enfants allaités baisse dès le retour à domicile.

QUELQUES DONNÉES CONCERNANT LA MORTALITÉ

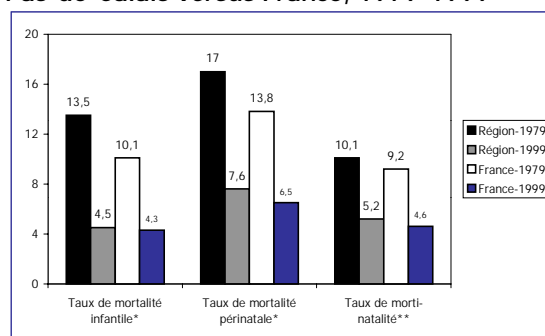
La mortalité maternelle dans la région Nord – Pas-de-Calais est depuis plusieurs années supérieure à celle de la France. Depuis 1993, il persiste 6 à 8 décès maternels par an, soit 14,4 décès pour 100 000 naissances alors que la moyenne française est de 11,5 pour 100 000 naissances. Il est d'ailleurs intéressant de noter que la moyenne française était elle-même le double de celle de certains pays scandinaves en 1997².

¹ Badeyan G, Wcislo M. La situation périnatale en France en 1998. *Études et Résultats* n°73, juillet 2000.

² cité in www.arh5962.fr dans la rubrique La politique sanitaire /Planification/SROS/Le SROS Périnatalité.

Concernant la mortalité fœto-infantile, la baisse des taux est importante, que ce soit pour la mortalité infantile (décès des enfants de moins de 1 an pour 1 000 enfants nés vivants), la mortalité périnatale (décès d'enfants de moins de 7 jours et d'enfants sans vie pour 1 000 naissances totales) ou encore la mortinatalité (mortalité intra-utérine des fœtus d'une durée de gestation supérieure à 180 jours).

Évolution de la mortalité fœto-infantile, Nord-Pas-de-Calais versus France, 1979-1999



* Taux pour 1 000 enfants nés vivants

** Taux pour 1 000 naissances totales (nés vivants + enfants sans vie)

Source : INSEE- État Civil.

La mortalité infantile a largement décliné entre 1979 et 1999, tant au niveau de la France que de la région. Le Nord – Pas-de-Calais reste cependant au-dessus du niveau national même si la différence avec celui-ci s'est largement amoindrie. En 1999, 4,5 décès d'enfants de moins de 1 an pour 1 000 nés-vivants ont donc été constatés, contre 4,3 pour l'ensemble de la France.

Le recul de la mortalité périnatale est également conséquent mais les écarts de notre région avec l'ensemble de la France restent plus importants. Il reste 7,6 décès d'enfants de moins de 7 jours ou sans-vie pour 1 000 naissances totales dans la région Nord – Pas-de-Calais contre 6,5 en France. Il semble que depuis quelques années ces taux aient tendance à stagner. De plus, le Nord connaît un taux de mortalité périnatale supérieur à celui du Pas-de-Calais (8 décès pour 1 000 naissances contre 6,8).

La mortinatalité (c'est-à-dire les enfants sans vie à la naissance), suit la même tendance que les indicateurs précédents : taux régional supérieur à la France en 1979 et 1999 ainsi qu'une situation moins favorable pour le Nord (taux de 5,6 enfants sans vie pour 1 000 naissances contre 4,4 dans le Pas-de-Calais). La comparaison de ce taux et de la mortalité périnatale met en évidence la baisse des décès d'enfants de 0 à 6 jours. En effet, sur 1 000 naissances il y a eu 5,2 enfants sans vie et 2,4 nés-vivants et décédés dans les 6 jours. Une grande partie de la baisse de la mortalité périnatale est donc due à la diminution des morts-nés.

Globalement, la région Nord – Pas-de-Calais se situe donc au-dessus de la France en ce qui concerne la mortalité fœto-infantile. Il semble que le niveau

régional rejoigne le niveau national lorsque les taux concernent une durée de vie plus grande du nourrisson : le taux de mortalité néonatale (décès d'enfants de moins de 28 jours pour 1 000 enfants nés vivants) est de 2,8 en région et de 2,7 en France et le taux de mortalité infantile est de 4,5 en région et 4,3 en France. Il semble donc que des efforts soient à réaliser dans notre région dans le domaine de la périnatalité.

LA POLITIQUE RÉGIONALE DE SANTÉ PÉRINATALE

Depuis 1994, une politique de Santé Publique concernant la périnatalité a été mise en place au niveau national, afin de réduire la mortalité maternelle et périnatale. Aujourd'hui, dans le Nord – Pas-de-Calais, cette politique repose sur le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) défini pour la période 2000-2005. Le SROS participe à l'objectif principal, commun à l'ensemble du dispositif, tel qu'il a été défini par le plan gouvernemental d'avril 1994 : réduire de 8 à 4 par an les décès maternels et de 30 à 50 % la mortalité et la morbidité périnatale, sur cinq ans.

Les objectifs opérationnels du SROS, pour les 5 ans à venir sont les suivants :

- globaliser les surveillances de la grossesse, de la naissance et de ses suites par l'insertion du réseau sanitaire au sein du dispositif général ;
- garantir l'accessibilité au sein de la zone de référence à une structure de qualité offrant toutes les conditions de sécurité et adaptée à l'état de la mère et/ou du nouveau-né ;
- prendre en charge la dimension psychologique de la périnatalité.

Concrètement, la mise en œuvre des politiques régionale et nationale en matière de périnatalité a permis, d'une part, l'apport de moyens techniques et humains, et, d'autre part, des opérations de modernisation et de restructuration de l'activité obstétrique ainsi que la mise en place d'une évaluation permanente de la périnatalité (le COTER, COmité TEchnique Régional périnatalité). Elle permet également la mise en place des réseaux périnatalité qui vont permettre une orientation de la femme enceinte vers la maternité la plus à même de prendre en charge les risques décelés pour elle et son enfant. L'objectif est donc de mettre en place dans chaque bassin de vie (Métropole, Artois, Littoral, Hainaut), un réseau périnatalité où coopèrent les centres de périnatalité, les sages-femmes de PMI, les sages-femmes libérales et certains médecins libéraux. Ces réseaux permettront alors de mieux suivre les grossesses et dépister les grossesses pathologiques (pour lesquelles il sera possible de bénéficier des plateaux techniques performants), de favoriser les accouchements de proximité, de réduire au maximum les transferts des prématurés et de favoriser les transferts *in utero*.

La situation sanitaire en matière de périnatalité dans la région Nord – Pas-de-Calais s'améliore mais reste tout de même en dessous du niveau de la France métropolitaine. La mise en place d'une nouvelle politique régionale de santé périnatale devrait pallier les insuffisances du Nord – Pas-de-Calais, et devrait permettre à notre jeune région de rejoindre la moyenne nationale (qui elle-même risque de s'améliorer du fait de l'envergure hexagonale de la politique de Santé Publique).

Santé des enfants et des jeunes

Génération Santé



Santé des enfants et des jeunes

LES INDICATEURS DE CONTEXTE

- Évolution de la population
- Autour de la grossesse
- Scolarité et chômage
- Attitudes et comportements des jeunes

11

11

13

15

17

LES PROJETS RETENUS EN 2002

19

Le point sur...

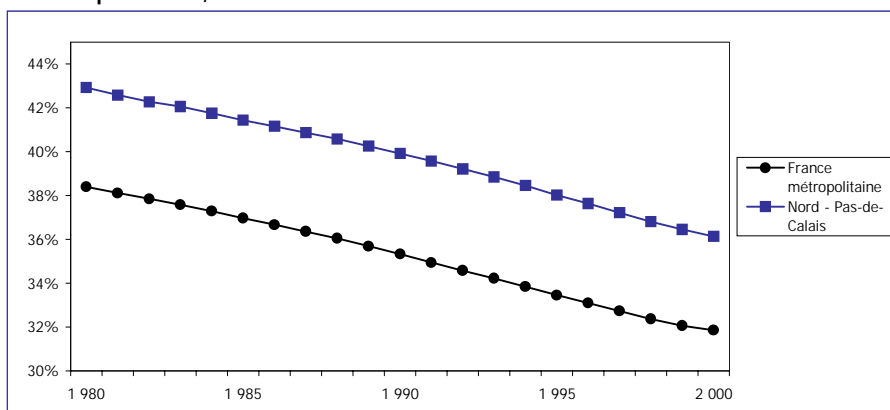
... La situation périnatale dans le Nord – Pas-de-Calais

25

Cartes [11](#), [12](#), [13](#), [14](#), [15](#), [16](#)

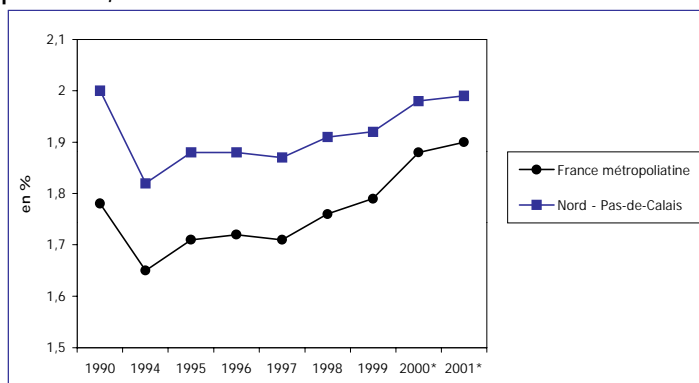
Santé des enfants et des jeunes Génération santé

1-1 Évolution de la part des moins de 25 ans (en %) dans la population, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, de 1980 à 2000



Source : INSEE Populations estimées.

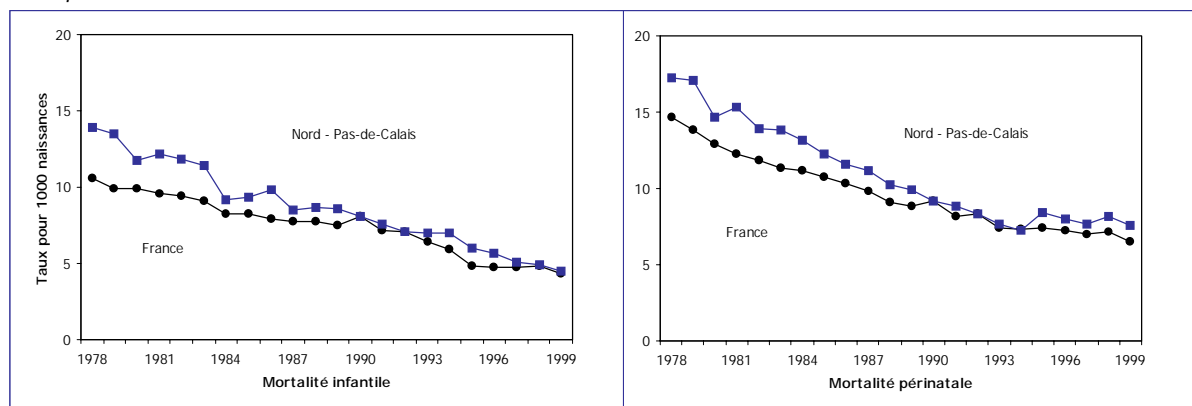
1-2 Évolution de l'Indice Conjoncturel de Fécondité (ICF), pour 100 femmes, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, de 1994 à 2001



*Résultats provisoires

Source : INSEE Nord - Pas-de-Calais, Profils : bilan socio-économique 2001.
INSEE Première, Bilan démographique 2001. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

1-3 Évolution de la mortalité périnatale et infantile, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, de 1978 à 1999



Source : INSEE, Recensement Général de la Population 1990 et 1999. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Santé des enfants et des jeunes Génération Santé

La région Nord – Pas-de-Calais demeure la région la plus jeune de France métropolitaine, même si la part de ses moins de 25 ans tend à diminuer régulièrement. La santé des enfants et des jeunes représente donc pour notre région un enjeu important afin d'assurer une meilleure santé, tant physique que mentale ou sociale, des adultes des générations à venir. L'une des priorités régionales de santé est donc la prévention et la promotion de la santé des enfants et des jeunes, soit, concrètement la mise en place du Programme Régional de Santé *Génération santé 2025*.

Le PRS Santé des enfants et des jeunes est basé sur **3 axes stratégiques** :

- permettre aux enfants de naître et de 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 2002 :

- favoriser la qualité des liens d'attachement parent/enfant ;
- soutenir les parents en difficulté ;
- réduire le nombre de déficits sensoriels et cognitifs non pris en charge ;
- permettre aux jeunes de gérer leur 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 une communication positive autour du jeune ;
- adapter le niveau de connaissance des professionnels.

LES INDICATEURS DE CONTEXTE

Évolution de la population

Le Nord – Pas-de-Calais est toujours la région la plus jeune de France, mais la part des moins de 25 ans y diminue régulièrement, tandis que celle des plus de 65 ans augmente (Figure 1-1).

Cette diminution de la part des jeunes de moins de 25 ans dans la population régionale est également observée pour l'ensemble de la France métropolitaine, sachant que la part des moins de 25 ans y a toujours été moindre. Ainsi, en 1980, les jeunes représentaient 38,4 % de la population totale de France métropolitaine et 42,9 % de la population du Nord – Pas-de-Calais. 20 années plus tard, ces parts se sont réduites à 31,9 % au niveau national et 36,1 % au niveau régional.

Le vieillissement de la population est également expliqué par la forte baisse des moins de 25 ans dans la population de France métropolitaine : la durée de vie s'allonge et la part des seniors augmente et change (la part des moins de 75 ans recule et celle des grands âges progresse).

La **carte 11**¹ met en évidence que les arrondissements de Calais et Lille concentrent les plus fortes proportions de jeunes dans la région. Montreuil, Arras, Cambrai ainsi que Béthune connaissent les parts les plus faibles de jeunes dans la population du Nord – Pas-de-Calais, puisqu'elles sont en dessous de 34 % (à noter que la proportion de jeunes dans la population française au recensement en 1999 était de 30,9 %).

L'Indice Conjoncturel de Fécondité (ICF) du Nord – Pas-de-Calais (1,99 enfants par femme), reste supérieur à la moyenne française (1,90 enfants par femme).

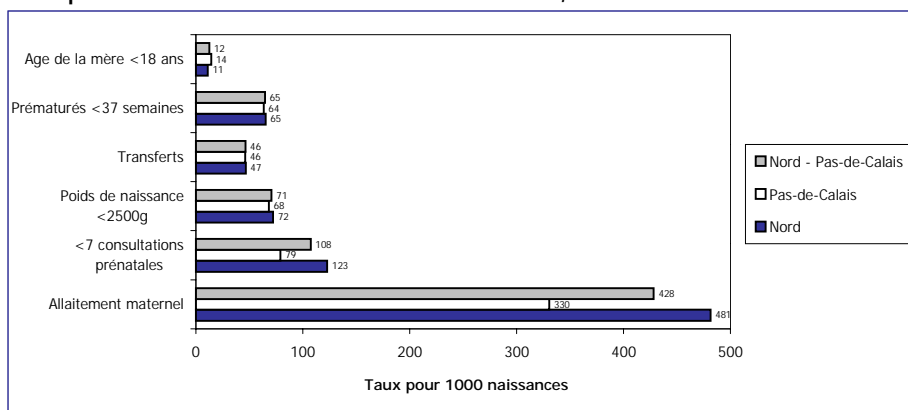
Cet indice retrouve dans la région le niveau atteint en 1990 (Figure 1-2). Il est proche du seuil de renouvellement des générations qui se situe à 2,1 enfants par femme (en ce qui concerne l'ensemble de la France, il faut remonter à 1980 pour atteindre le même Indice Conjoncturel de Fécondité).

Depuis 1997, l'Indice Conjoncturel de Fécondité ne cesse de progresser, tant au niveau régional que national, avec une pointe d'accélération pour l'année 2000, même si la remontée des naissances pour cette même année a été moins sensible dans la région (+0,06) que sur le plan national (+0,09).

¹ Les populations du graphique étant estimées, et celles de la carte provenant du Recensement Général de la Population 1999 de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques), il existe un léger décalage entre les chiffres. Cette différence s'explique par les données du recensement qui sont une "photographie" en mars 1999 de la population et ne prennent donc pas en compte les naissances de cette même année après le mois de mars.

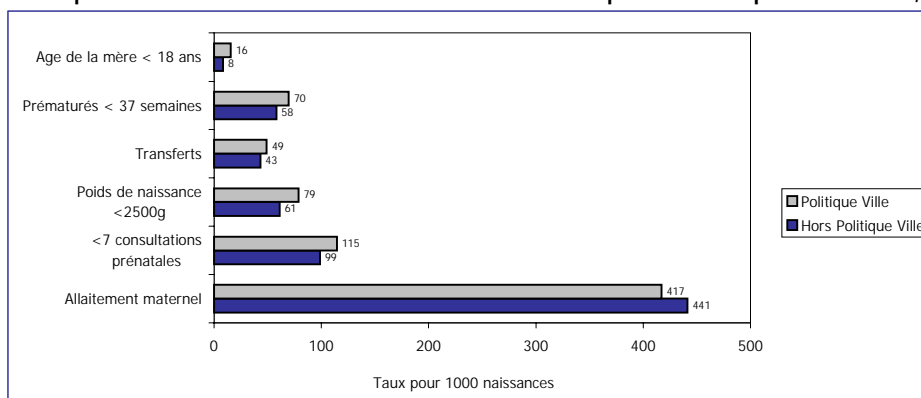
Santé des enfants et des jeunes Génération santé

1-4 Grossesse et périnatalité dans le Nord – Pas-de-Calais, en 2001



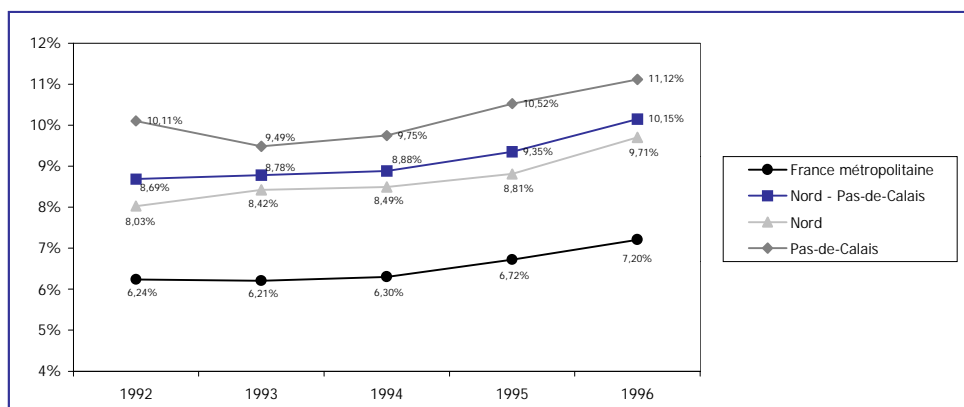
Source : Services de Protection Maternelle et Infantile des Conseils généraux du Nord et du Pas-de-Calais.

1-5 Grossesse et périnatalité dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 2001



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

1-6 Évolution 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 métropolitaine, entre 1992 et 1996



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

Santé des enfants et des jeunes

Génération Santé

Depuis 1999, la contribution des femmes de 15 à 29 ans au niveau global de la fécondité remonte, tandis que jusque-là elle diminuait. En 1990, naissaient deux enfants d'une mère de moins de 30 ans pour un enfant d'une mère de plus de 30 ans. En 1999, ce ratio est descendu à 1,4, pour remonter aujourd'hui à 1,5. Ce ratio n'est qu'à 1,1 en France car la population féminine française de plus de 30 ans a une fécondité de plus en plus similaire à celle des moins de 30 ans.

On peut désormais dire que le regain des naissances observé en 2000 n'était pas uniquement dû à l'effet "deuxième millénaire", ni à l'année bissextile, puisque le nombre de naissances reste encore soutenu et équivalent (malgré le moins grand nombre de femmes en âge de procréer).

Notre région a donc vu naître 57 500 bébés en 2001, soit 7,4 % des nouveau-nés français. Ce niveau n'avait pas été atteint depuis 1992. A ces naissances nombreuses, correspond également un taux de natalité fort (14,3 enfants pour 1 000 femmes en âge de procréer). Même s'il se rapproche du niveau national, ce taux reste d'un point plus élevé que celui de la France. Il est également intéressant de noter qu'il existe de fortes disparités entre les différents secteurs du département : la métropole lilloise connaît un taux de natalité de 16,9 pour 1 000, alors que le taux de natalité de l'Artois (12,3 pour 1 000) est inférieur à celui de la France.

Depuis 1978, la mortalité périnatale et la mortalité infantile n'ont quasiment pas cessé de diminuer (Figure 1-3), tant au niveau de la France que du Nord – Pas-de-Calais ; on observe cependant un certain ralentissement de la décroissance de ces taux depuis quelques années.

De 1978 à 1999, la mortalité périnatale a décliné dans des proportions similaires pour l'ensemble de la France et la région (la baisse a été respectivement de 8,2 et 9,7 points). En 1978, il y avait un écart de 2,6 points entre la mortalité périnatale du Nord – Pas-de-Calais (qui s'élevait à 17,27 décès pour 1 000 naissances) et celle de la France (14,7 décès pour 1 000 naissances). Cet écart s'est réduit à 1,1 point en 1999, avec une mortalité périnatale de 7,6 pour la région et de 6,5 pour la France. Un écart France-région subsiste, même si les taux se sont largement améliorés, et rejoints certaines années.

Par contre, la mortalité infantile a davantage diminué dans le Nord – Pas-de-Calais (-9,4 points) qu'en moyenne en France (-6,3 points). La chute de la surmortalité infantile s'est donc accompagnée d'une réduction de la surmortalité des enfants de moins de 1 an du Nord – Pas-de-Calais : en 1978 le taux régional dépassait l'indice national de plus de 3 points, en 1999 la surmortalité du Nord – Pas-de-Calais ne se chiffrait plus qu'à +0,2 points par rapport à la moyenne française. Les principales causes de décès avant 1 an sont les affections d'origine périnatale (prématurité, souffrance fœtale), les symptômes et états morbides mal définis (dont la mort subite du nourrisson), ainsi que les anomalies congénitales.

Autour de la grossesse

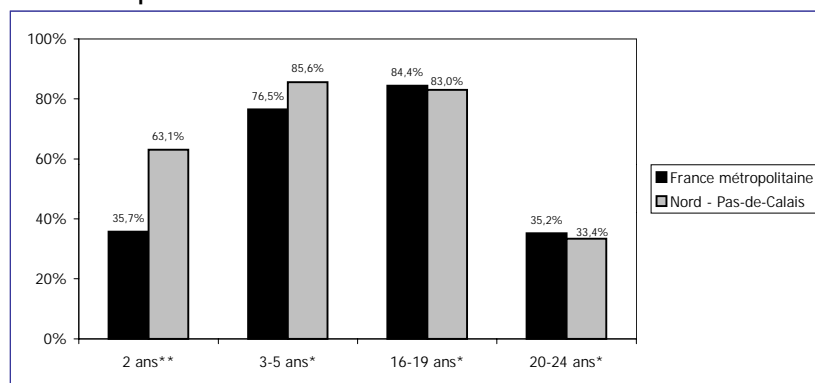
Les deux départements du Nord – Pas-de-Calais connaissent des situations similaires concernant la périnatalité (transferts, prématurés, petits poids de naissance, mères de moins de 18 ans). Cependant, l'allaitement maternel et les visites prénatales (Figure 1-4) font l'objet de différences entre les deux départements : l'allaitement maternel (déclaré lors du certificat du 8^{ème} jour de l'enfant, réalisé avant ou au 8^{ème} jour) est nettement moins pratiqué dans le Pas-de-Calais (sur 1 000 naissances, 330 enfants y sont allaités contre 481 dans le Nord). Par contre, le nombre de naissances ayant été précédées de moins de 7 consultations prénatales (nombre fixé dans le cas d'une grossesse normale) est plus important dans le Nord (123 pour 1 000 naissances) que dans le Pas-de-Calais (79 pour 1 000 naissances). La [carte 12](#) montre cette disparité entre les deux départements en 2001. Quatre arrondissements du Nord (Dunkerque, Douai, Cambrai et Maubeuge) sur un total de six sont en difficulté dans ce domaine. Ces arrondissements dépassent donc le taux de 135,7 naissances pour 1 000 n'ayant pas été précédées des 7 consultations prénatales. Seul l'arrondissement de Lille, et dans une moindre mesure celui de Valenciennes, se démarquent avec des taux inférieurs ou égaux à la moyenne régionale. Dans le Pas-de-Calais, seuls les arrondissements de Calais et Boulogne-sur-Mer sont dans une situation similaire aux quatre arrondissements en difficulté du département du Nord.

La situation des transferts ([Carte 13](#)) est quasiment identique dans les deux départements. Il est cependant intéressant de noter que les arrondissements aux forts taux de transferts correspondent à ceux ayant les moins bon suivis prénatals. Ces chiffres sont toutefois à relativiser car il existe des cas où le transfert peut être dû à un manque de place dans la maternité¹ par exemple.

¹ Une analyse détaillée des indicateurs de la situation périnatale dans la région fait l'objet dans les pages suivantes de la rubrique "Le point sur...".

Santé des enfants et des jeunes Génération santé

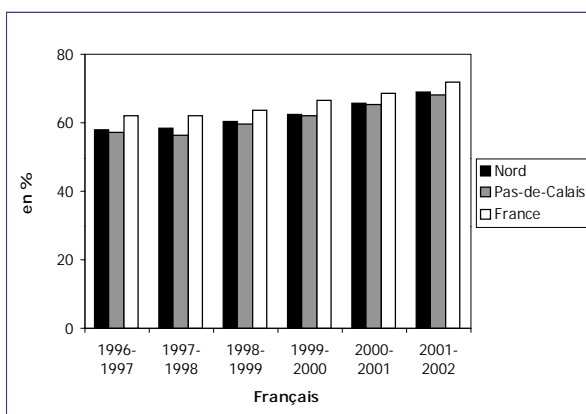
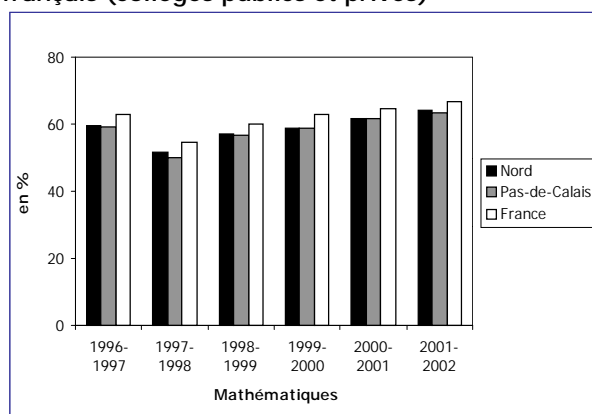
1-7 Taux de scolarisation (en %) chez les 2 ans, 3-5 ans, 16-19 ans et 20-24 ans, Nord - Pas-de-Calais versus France métropolitaine



** en 2001 * en 1999

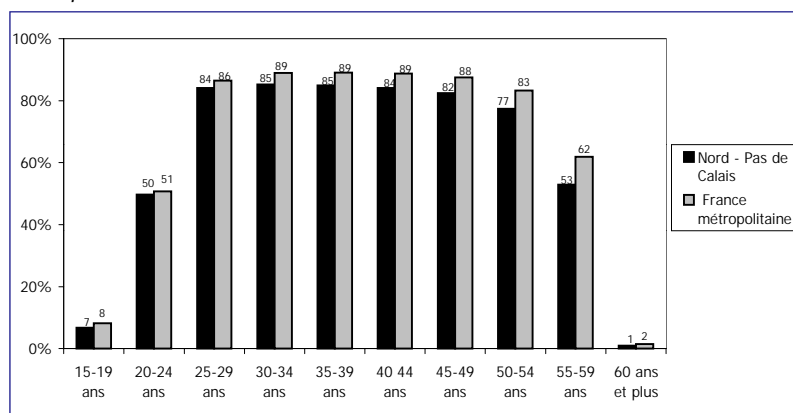
Source : INSEE, Recensement Général de la Population 1999 et Ministère de l'Éducation Nationale.
Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

1-8 Résultats en pourcentage de réussite des évaluations en classe de 6^{ème} en mathématiques et français (collèges publics et privés)



Source : Rectorat de Lille - Division Vie des établissements - Service Vie Pédagogique.

1-9 Proportion d'actifs dans la population (en %) par tranche d'âge, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, en 1999



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

Santé des enfants et des jeunes

Génération Santé

Comme en 2000, les taux des territoires concernés par la Politique de la Ville sont légèrement plus élevés que les autres ; sauf pour l'allaitement (417 naissances sur 1 000 dans les communes concernées par la Politique de la Ville contre 441 pour les communes hors Politique de la Ville).

La proportion de femmes de moins de 18 ans parmi les femmes ayant réalisé une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) est en hausse sur la période 1992-1996, tant au niveau régional que national (Figure 1-6). Ainsi, pour la France, 6,2 % des femmes ayant réalisé une IVG en 1992 avaient moins de 18 ans ; elles sont 7,2 % en 1996. La progression est encore plus forte dans la région Nord – Pas-de-Calais, puisqu'elle est passée de 8,7 à 10,2 % ; soit une augmentation de près de 1,5 points en 5 années. Dans le Pas-de-Calais, la part des femmes mineures chez les femmes ayant réalisé une IVG est nettement supérieure, quelle que soit l'année considérée.

Scolarité et chômage

La scolarisation avant 6 ans est beaucoup plus répandue dans le Nord – Pas-de-Calais qu'en France (Figure 1-7). En effet, 63,1 % des enfants de 2 ans de notre région sont scolarisés, alors que seuls 35,7 % le sont sur l'ensemble de la France métropolitaine. De même, mais dans une moindre mesure, la tranche d'âge des 3-5 ans est scolarisée à 85,6 % dans la région et à 76,5 % en France.

En ce qui concerne les tranches d'âge 16-19 ans et 20-24 ans, les écarts entre la région et la France sont quasiment nuls et s'inversent en faveur de l'ensemble de la France. Ainsi, au niveau national, 84,4 % des 16-19 ans sont scolarisés pour 83 % dans le Nord – Pas-de-Calais. Pour la tranche d'âge suivante (20-24 ans), les pourcentages sont nettement inférieurs. Cela correspond à des taux plus faibles d'accès à l'enseignement supérieur (universités, IUT, écoles diverses) dans la région (33,4 %) qu'en France (35,2 %).

Globalement, depuis l'année scolaire 1996-1997, les pourcentages de réussite aux tests d'évaluations de 6^{ème} se sont améliorés, que ce soit en mathématiques ou en français (Figure 1-8).

Malgré une baisse importante des pourcentages de réussite entre les années scolaires 1996-1997 et 1997-1998 (tant au niveau national que régional), que l'on peut éventuellement attribuer à une épreuve plus difficile cette seconde année, l'examen de mathématiques, connaît une progression régulière de ses pourcentages de réussite. Cependant, on remarque que le Nord et le Pas-de-Calais, plus ou moins équivalents en taux de réussite, sont toujours en deçà du niveau national. Les deux départements ont, dans cette discipline, dépassé le seuil des 60 % de réussite en 2000/2001 alors que ce même seuil est atteint pour la France depuis 1998-1999 (et le fut également en 1996-1997).

En ce qui concerne l'examen de français, les pourcentages de réussite sont légèrement plus élevés que pour les mathématiques (depuis l'année scolaire 1997-1998). Les deux départements du Nord et du Pas-de-Calais atteignent dès l'année scolaire 1998-1999 le seuil des 60 % de réussite ou presque (respectivement 60,5 % et 59,6 %) ; mais la France avait déjà atteint ce seuil en 1996-1997¹. Par contre, en 2001-2002, la France a franchi la barre des 70 % de réussite alors que les deux départements de la région sont encore en dessous (68,8 % pour le Nord, 68,1 % pour le Pas-de-Calais). Il subsiste donc, comme pour les mathématiques, un décalage en défaveur de la région Nord – Pas-de-Calais par rapport à la France, avec, pour le Pas-de-Calais des résultats légèrement en deçà de ceux du Nord.

La part des actifs au sein de la population (Figure 1-9) varie logiquement avec l'âge, et passe donc de 7 % pour les 15-19 ans à 50 % chez les 20-24 ans (l'entrée des jeunes dans la vie active est de plus en plus tardive), puis atteint les 80 % au-delà de 25 ans (jusqu'à 50 ans environ). Ces données régionales sont proches de celles de la France métropolitaine, même si le Nord – Pas-de-Calais se trouve toujours légèrement en dessous. Par contre, en ce qui concerne la part des demandeurs d'emploi dans la population active (Figure 1-10), le Nord – Pas-de-Calais est toujours supérieur à la France, et les écarts les plus importants concernent les jeunes. Ainsi, plus de la moitié des actifs de 15-19 ans de la région est au chômage, alors que seulement 28 % de cette même classe d'âge l'est au niveau national. 36 % des 20-24 ans actifs du Nord – Pas-de-Calais sont demandeurs d'emploi contre 25 % au niveau national.

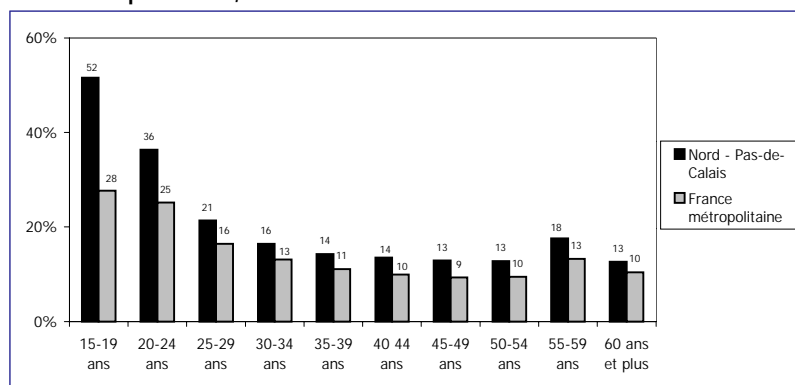
La [carte 14](#)² montre que les arrondissements les plus touchés par le chômage des jeunes actifs se situent à la fois dans le Nord (arrondissements de Douai et Valenciennes) et dans le Pas-de-Calais (arrondissements de Calais et Lens), avec des taux supérieurs à 41,3 % ; soit 3 points de plus que la moyenne régionale. Les arrondissements de Maubeuge et de Béthune dépassent également la moyenne régionale et suivent de près les arrondissements précédents. Les autres arrondissements sont à égalité ou en dessous de la moyenne régionale, avec les taux les plus faibles pour Montreuil et Lille.

¹ Les données des années précédentes n'étant pas disponibles, nous ne pouvons savoir à partir de quelle année ce seuil fut atteint.

² Les taux utilisés dans la carte sont des taux bruts ne tenant pas compte des proportions de jeunes dans les classes d'âges quinquennales précédant et suivant l'âge de 20 ans.

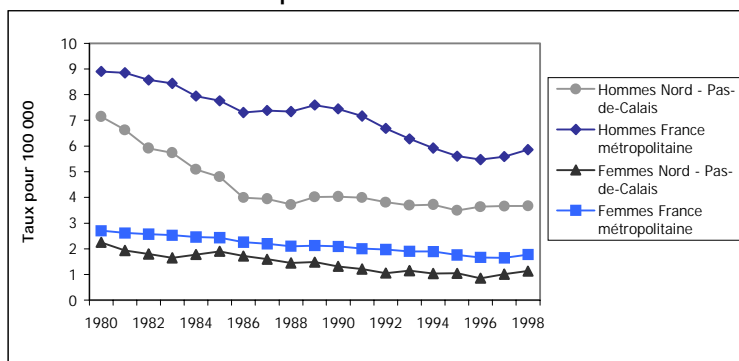
Santé des enfants et des jeunes Génération santé

1-10 Part des demandeurs d'emploi (en %) dans la population active, selon l'âge, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, en 1999



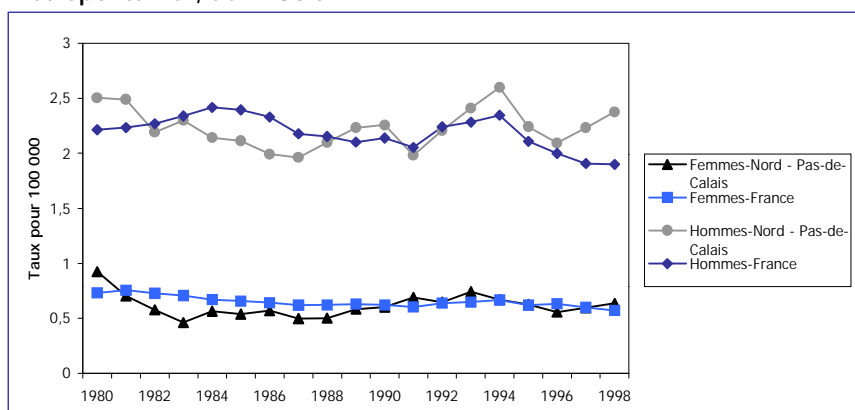
Source : INSEE RGP 1999. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

1-11 Évolution de la mortalité par accident de la circulation des jeunes de 10 à 24 ans, par sexe, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine¹ de 1980 à 1999



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

1-12 Évolution de la mortalité par suicide des jeunes de 10 à 24 ans, par sexe, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine¹, de 1980 à 1999



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

¹ Les taux utilisés sont des taux standardisés sur une population européenne-type (le lecteur pourra se référer au PRS Challenge pour des explications complémentaires concernant la construction de ces taux).

Santé des enfants et des jeunes

Génération Santé

Il est cependant important de relativiser ces taux en les comparant à la moyenne nationale qui est de 25,6 %. La situation des jeunes actifs au chômage dans la région est donc mauvaise, et ne semble pas s'améliorer puisqu'en 2001 l'effectif des jeunes demandeurs d'emploi a progressé de près de 4 %.

Attitudes et comportements des jeunes

Ces vingt dernières années les accidents de la route ont davantage touché les jeunes hommes que les jeunes femmes (Figure 1-11). La mortalité par accident de la circulation est restée stable chez les jeunes femmes de 10 à 24 ans alors qu'elle a davantage décru en ce qui concerne le sexe masculin. La région Nord – Pas-de-Calais se situe en dessous des tendances nationales en ce qui concerne cette cause de mortalité, quel que soit le sexe.

Il semble que depuis vingt ans, le recours au suicide reste stable chez les jeunes de 10 à 24 ans (Figure 1-12). Les garçons se suicident toujours plus que les filles. Il est intéressant de noter que pour une classe d'âge quasiment identique (12-25 ans), dans le Baromètre Santé la tendance est inversée concernant le fait d'avoir pensé au suicide (Figure 1-13) : les filles ont davantage pensé au suicide que les garçons au cours des 12 derniers mois. L'évolution des suicides des jeunes de la région Nord – Pas-de-Calais suit la même tendance que celle de la France.

Le **Baromètre Santé des 12-25 ans** porte sur un échantillon de 1 239 jeunes de 15 à 25 ans de la région. Il fournit des indicateurs permettant au groupe de suivi de mieux connaître les représentations, attitudes et comportements de cette population. Quelques-uns des thèmes abordés dans le Baromètre sont présentés dans les pages suivantes.

Le profil de santé de Duke (Figure 1-14) 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.

Les résultats du score de l'échelle de Duke sont nettement contrastés selon le sexe. En effet, le score de santé générale est moins élevé en moyenne pour les filles que pour les garçons. Il en est de même pour les scores des différentes dimensions (physique, mentale et sociale), puisque les garçons déclarent avoir une meilleure qualité de vie que les filles, quelles que soient les dimensions concernées. Les scores de dépression et d'anxiété sont également moins favorables aux filles qu'aux garçons (36 contre 27 pour la dépression, et 38 contre 29 pour l'anxiété).

Si l'on analyse ces scores défavorables pour les filles de 12 à 25 ans, en parallèle des chiffres concernant le suicide, on s'aperçoit que quelles que soient les classes d'âge concernées, les filles sont toujours plus nombreuses à avoir pensé au suicide. Ainsi, les filles de 15 à 19 ans sont 14,5 % à avoir pensé au suicide au cours des 12 derniers mois, contre seulement 3,6 % des garçons. La différence entre sexe s'amenuise pour la classe d'âge des 20-25 ans (7,3 % des garçons, 8,4 % des filles). C'est donc entre 20 et 25 ans que les garçons pensent davantage au suicide, alors que les filles sont plus précoces puisqu'elles y pensent entre 15 et 19 ans.

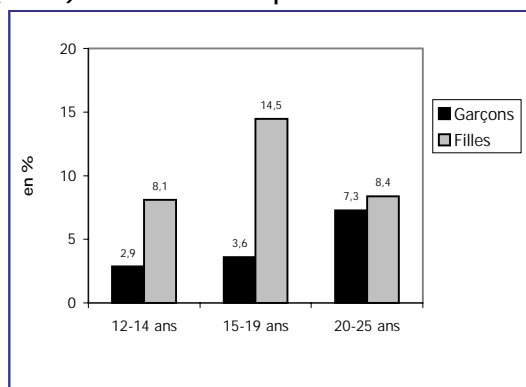
Globalement, 7,1 % des jeunes de 12 à 25 ans du Nord – Pas-de-Calais disent avoir pensé au suicide au cours des 12 derniers mois. Ces idées suicidaires semblent en partie liées à la perception de l'écoute et de l'estime que leur portent leurs parents. Parmi les jeunes ayant eu des idées suicidaires, seuls un peu plus d'un tiers en ont parlé à quelqu'un (34,8 %), le plus souvent à un ami. Les filles semblent se confier moins souvent (25,0 %) que les garçons (50,6 %), mais la signification statistique de ce résultat est limitée en raison des faibles effectifs concernés.

Dans la région Nord – Pas-de-Calais, 15,5 % des garçons et 12,1 % des filles ont un poids déclaré supérieur à la normale (Indice de Masse Corporelle supérieur à la normale). Les garçons sont donc plus nombreux que les filles à être en situation de surpoids (Figure 1-15). Cette tendance se retrouve quelle que soit la région. Les pays de la Loire ont le taux le plus faible quel que soit le sexe. La Picardie possède le taux le plus élevé pour les filles. Par contre, on remarque que dans le Nord – Pas-de-Calais, l'obésité touche davantage les filles (8,7 %) que les (6,3 %).

L'image que les jeunes ont de leur poids varie globalement dans le même sens que la réalité appréciée par leurs déclarations. Cependant, 21,8 % des jeunes dont l'Indice de Masse Corporelle est considérée comme normal, se perçoivent comme trop gros, et 13,3 % comme trop maigres. D'autre part, 27,6 % des jeunes de poids supérieur à la normale se considèrent comme à peu près du bon poids.

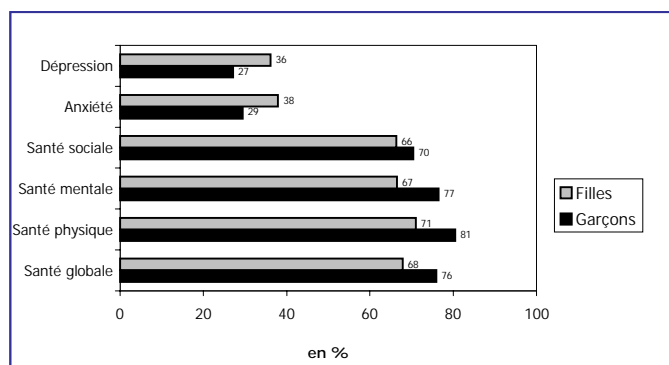
Santé des enfants et des jeunes Génération santé

1-13 Proportion de jeunes (en %) déclarant avoir pensé au suicide au cours des 12 derniers mois



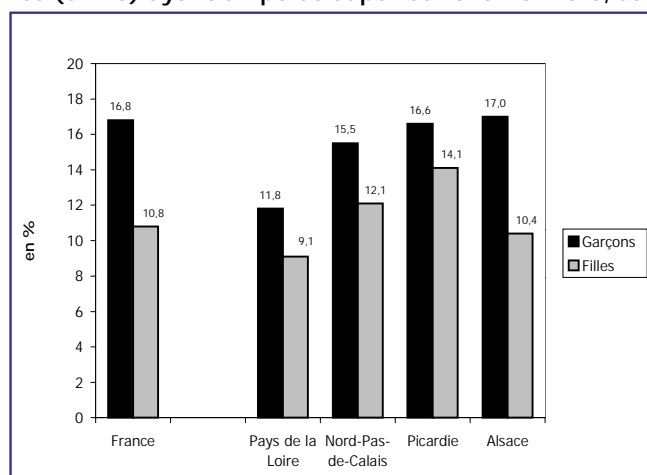
Source : Baromètre Santé des 12-25 ans, premiers résultats 2000, INPES, ORS Nord - Pas-de-Calais, DRASS, CRAM.

1-14 Scores moyens de l'échelle de Duke selon le sexe, chez les jeunes de 12 à 25 ans, dans le Nord - Pas-de-Calais



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

1-15 Proportion de jeunes (en %) ayant un poids supérieur à la normale, selon le sexe



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

Santé des enfants et des jeunes Génération Santé

11,0 % des jeunes du Nord – Pas-de-Calais déclarent avoir fait quelque chose de risqué par plaisir ou par défi au cours du dernier mois (Figure 1-16). Quelle que soit la classe d'âge, la proportion de garçons ayant pris un risque dans les 30 derniers jours est plus importante que celle des filles. Plus l'âge augmente et plus l'écart entre filles et garçons concernant la prise de risque est grand : entre 20 à 25 ans, 17,6 % des garçons et 3,9 % des filles ont pris un risque, alors qu'entre 12 et 14 ans, cela concerne 7,9 % des garçons et 2,8 % des filles.

La violence physique a touché 1 jeune sur 13 de la région Nord – Pas-de-Calais au cours de l'année précédent l'enquête (Figure 1-17). En effet, 7,2 % des jeunes déclarent avoir été frappés ou blessés physiquement par quelqu'un au cours des 12 derniers mois. La proportion de victimes est plus importante parmi les garçons que parmi les filles. Seule la proportion de filles de la classe d'âge 12-14 ans est plus forte que celle des garçons. La fréquence des agressions diminue donc avec l'âge pour les filles, mais est maximale entre 15 et 19 ans chez les garçons (14,1 %).

Près de 3 jeunes sur 10 de la région Nord – Pas-de-Calais déclarent avoir souffert d'une douleur difficile à supporter au cours des douze derniers mois (Figure 1-18). Quel que soit l'âge, les filles rapportent plus fréquemment que les garçons avoir souffert d'une douleur difficile à supporter. Plus de 30 % des filles, toutes classes d'âge confondues, déclarent avoir souffert, alors que les garçons sont largement (à l'exception des 20-25 ans) en deçà de ce chiffre.

Globalement, les jeunes concernés ont attendu que la douleur passe (60,8 %) ou ont essayé de se soigner par eux-même (45,3 %). Seulement la moitié d'entre eux est allée consulter un professionnel de santé et 10,1 % ont été hospitalisés. Les différences entre garçons et filles concernant l'attitude face à la douleur sont faibles, même si les garçons ont davantage tendance à ne pas recourir à un professionnel de santé (71,7 % des garçons ont attendu que ça se passe contre 54,3 % des filles, et 52,4 % des filles sont allées consulter contre 48,1 % des garçons). Toutefois, les garçons se font davantage hospitaliser que les filles face à une douleur difficile à supporter (13,3 % contre 8,2 %).

LES PROJETS RETENUS EN 2002

Le PRS Santé des enfants et des jeunes représente 32,1 % des 1 008 projets proposés dans le cadre des PRS (588 ont été acceptés ; soit un taux d'acceptation de 58,3 %). Ce PRS (dont la moitié des projets a été financée) représente plus d'un quart de la totalité des projets acceptés (27,0 %).

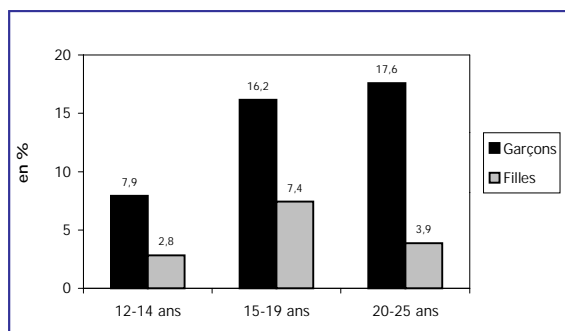
28,3 % des actions du PRS Santé des enfants et des jeunes ont pour objectif de favoriser le sentiment de bien-être des enfants et des jeunes (soit 21,0 % du financement total de ce PRS), 15,1 % de soutenir les parents isolés ou en difficulté (16,3 % du financement) et 10,1 % de permettre aux jeunes de gérer la prise de risque (4,3 % du financement). On peut donc constater (Figure 1-20) que la part d'un objectif dans le nombre d'actions ne correspond pas au même pourcentage quant au financement (Carte 15). Ainsi un petit nombre d'actions concernant un objectif peut nécessiter une part importante des financements du PRS ; tel est le cas de l'objectif "Réduire les déficits sensoriels non pris en charge" qui ne représente que 5,7 % des actions mais 17,8 % du financement total du PRS Santé des enfants et des jeunes ; ou encore de l'objectif "Favoriser la qualité des liens d'attachement parents-enfants" (6,3 % du nombre d'actions mais 19,0 % du financement total de ce PRS).

Le milieu associatif (Figure 1-21) représente, en tant que porteur de projets, près de la moitié du nombre d'actions et du financement (respectivement 45,3 et 48,0 %) du PRS Santé des enfants et des jeunes. L'Éducation nationale arrive en seconde position des porteurs avec 29,6 % des projets mais avec une part du financement s'élevant à 10,7 %. Par contre, 18,6 % des financements vont aux établissements de santé alors qu'ils ne portent que 6,3 % des actions.

La carte 16 met en évidence des disparités entre arrondissements concernant le nombre de projets relatifs à la santé des enfants et des jeunes (rapportés à une population de 1 000 000). Ainsi, Béthune et Valenciennes sont les deux arrondissements ayant le moins de projets par habitant puisqu'il y a moins de 27,8 projets pour 1 000 000 d'habitants (ces projets sont essentiellement portés par l'Éducation Nationale). Les arrondissements de Boulogne-sur-Mer, Calais et Saint-Omer ont la plus grande densité de projets par rapport à la population ; ils dépassent 51,8 projets pour 1 000 000 d'habitants. L'arrondissement de Lille est également bien placé, avec un nombre important d'actions qui sont pour plus de la moitié portées par les associations.

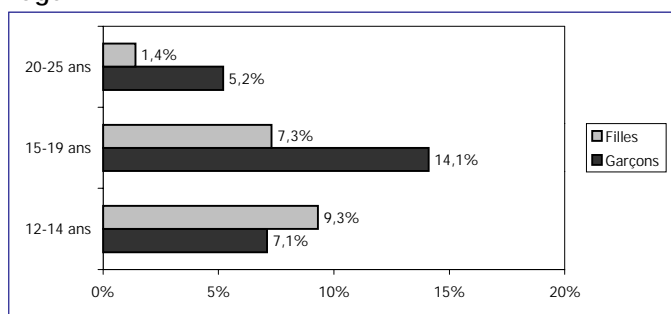
Santé des enfants et des jeunes Génération santé

1-16 Proportion de jeunes (en %) déclarant avoir fait quelque chose de risqué par plaisir ou par défi au cours du dernier mois



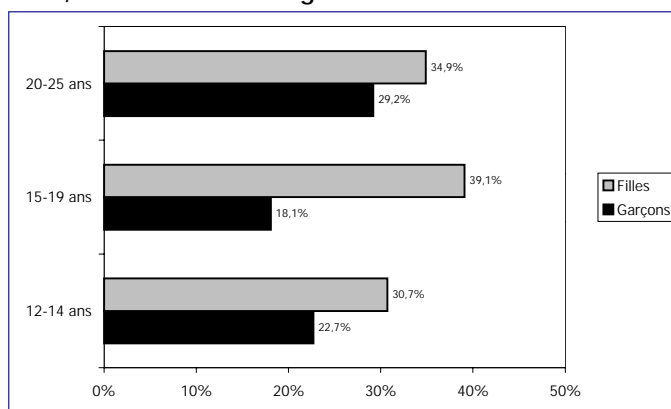
Source : Baromètre Santé des 12-25 ans, premiers résultats 2000, INPES, ORS Nord - Pas-de-Calais, DRASS, CRAM.

1-17 Proportion de jeunes (en %) déclarant avoir été frappés ou blessés au cours des 12 derniers mois, selon le sexe et l'âge



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

1-18 Proportion de jeunes (en %) déclarant avoir souffert d'une douleur difficile à supporter au cours des 12 derniers mois, selon le sexe et l'âge



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

Santé des enfants et des jeunes

Génération Santé

Le type de projets concentrant la plus grande part des projets (Figure 1-22) est celui concernant l'éducation, avec 45,9 % des actions qui y sont consacrées et 29,2 % des financements. Les projets de type Formation professionnelle représentent 12,6 % des actions et 14,2 % des financements, ceux concernant l'Information (apport d'outils, de supports, de messages, d'échanges et de débats mais sans évaluation), 11,9 % des actions et 7,1 % des financements. La majeure partie des projets concerne donc le transfert de connaissances que ce soit vers les jeunes ou les formateurs. Cette répartition se retrouve bien sûr au niveau des arrondissements, à l'exception de Douai où la part des projets relevant de l'éducation est moins importante qu'ailleurs.

Près de la moitié des actions concernent le département du Nord (Figure 1-23) et concentrent 51,6 % des financements. Le Pas-de-Calais est donc largement sous-représenté puisque seulement 34,6 % des actions et 22,4 % des financements le concernent. Cette tendance, quant à la répartition du nombre d'actions entre départements, se retrouve à l'échelle de l'ensemble des PRS. La région finance 26 % du total des actions du PRS Santé des enfants et des jeunes, soit 8,2 % de ses actions.

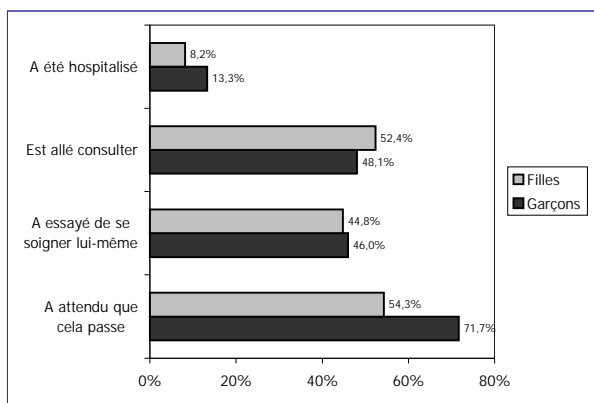
On considère qu'une action est locale si le territoire concerné est au plus un seul arrondissement, les autres actions étant considérées comme départementales ou, si au moins un arrondissement de chaque département est concerné, comme régionales.

La plupart des actions (87,4 %) visent un territoire local (qui ne concerne qu'un seul arrondissement) et représentent 68,3 % du financement des actions (Figure 1-24). Seulement 4,9 % des actions dépassent le cadre d'un arrondissement et concentrent 5,5 % des financements. Les actions à l'échelle de la région sont moins représentées que l'année dernière puisque 8,2 % du nombre total d'actions 2002 est à l'échelle régionale, alors que 12,9 % l'étaient en 2001. La part des financements concernant les projets "régionaux" a également chuté en passant de 32,9 à 26 %.

Le PRS Santé des Enfants et des jeunes est financé à 42,1 % par l'État (Figure 1-25). Le Conseil régional arrive en seconde position en finançant 19,8 % de ce PRS. L'Agence Régionale de l'Hospitalisation finance 16,6 % des actions en 2001 alors qu'elle n'en finançait que 12,2 % l'année dernière. Le Conseil général du Pas-de-Calais finance 9,6 % de ce PRS, contre 6,2 % pour le Conseil général du Nord. Il semble donc que le Conseil général du Pas-de-Calais soit très présent dans le financement des actions visant son département puisque les actions le concernant sont moins nombreuses que celles du département du Nord.

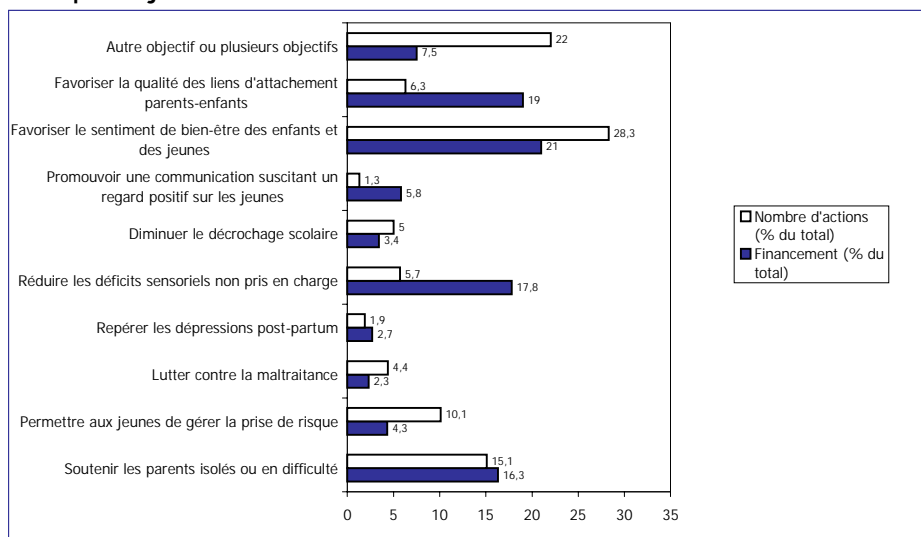
Santé des enfants et des jeunes Génération santé

1-19 Attitude face à la douleur selon le sexe



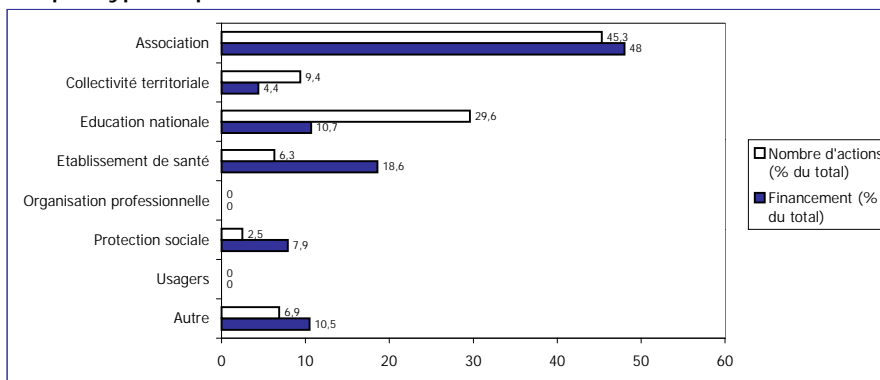
Source : Baromètre Santé des 12-25 ans, premiers résultats 2000, INPES, ORS Nord - Pas-de-Calais, DRASS, CRAM.

1-20 Répartition par objectifs du nombre d'actions et de leur financement



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

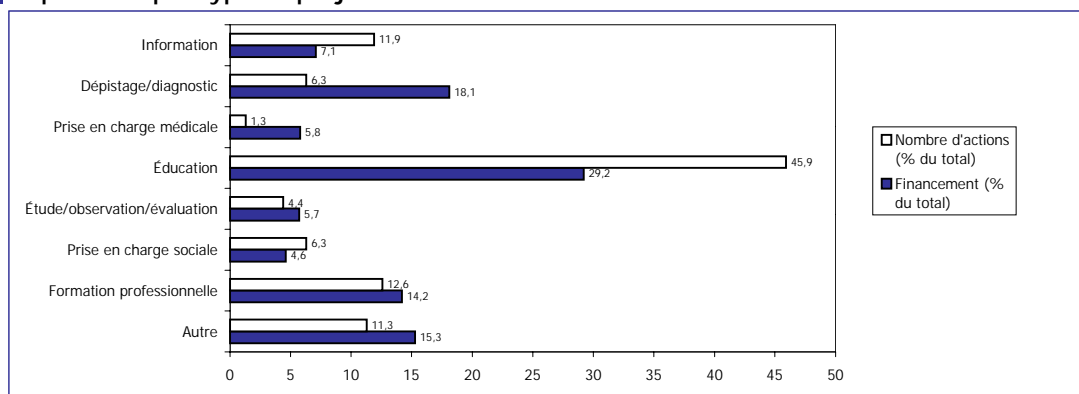
1-21 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement



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

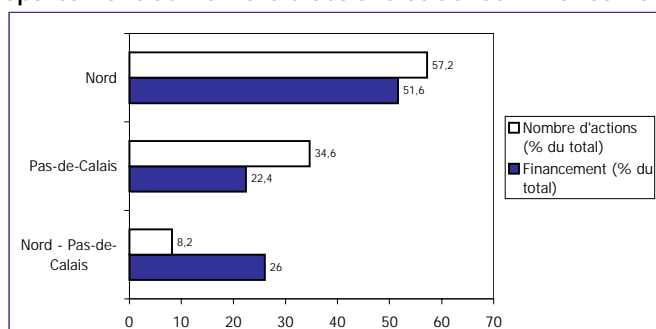
Santé des enfants et des jeunes Génération Santé

1-22 Répartition par type de projet du nombre d'actions et de leur financement



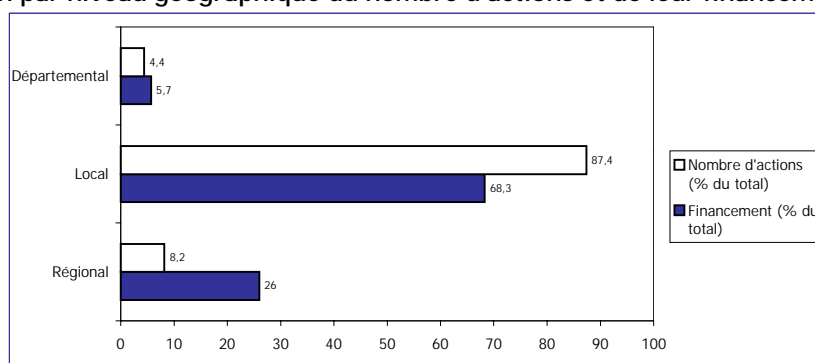
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

1-23 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement



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

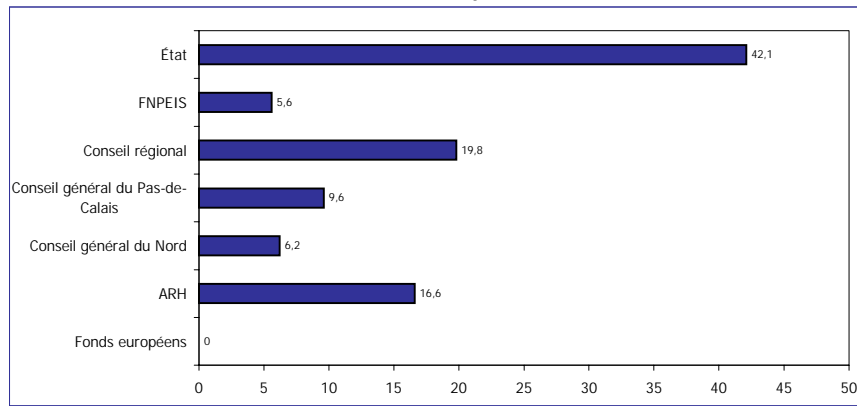
1-24 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement



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

Santé des enfants et des jeunes Génération santé

1-25 Répartition du financement des actions (en %) par financeur



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

Le point sur...

La situation périnatale dans le Nord – Pas-de-Calais

Avec 58 235 naissances en 2000 et un taux de natalité de 13,6 pour 1 000¹, la région Nord – Pas-de-Calais demeure une région à forte natalité, malgré des disparités entre les secteurs. La prise en charge de la grossesse et des nouveau-nés représente donc un enjeu important. De nombreux progrès dans le domaine de l'obstétrique et de la néonatalogie ont permis, ces dernières décennies, une amélioration de la situation sanitaire environnant la naissance. Essentiellement basés sur les statistiques² de 1993³ et 2000-2001 des services de Protection Maternelle et Infantile des Conseils généraux du Nord et du Pas-de-Calais, les résultats présentés ci-après mettent en évidence les évolutions dans le domaine de la périnatalité⁴.

BREF PROFIL SOCIOLOGIQUE DES FEMMES AYANT DONNÉ NAISSANCE

Globalement, la comparaison entre 1993 et 2000 met en évidence un certain recul de l'âge de la mère à la naissance. En effet, la part des femmes de 18 à 25 ans ayant accouché passe de 33,3 % en 1993 à 29,5 % des naissances de l'année 2000, alors que la part des femmes de 26 à 37 ans varie de 53,1 % en 1993 à 60,44 % en 2000. Les naissances issues de femmes de 38 ans et plus ont également légèrement augmenté (de 3,8 % à 4,2 %). Par contre, les grossesses de jeunes femmes mineures restent stables et représentent, comme en 1993, 1,1 % des naissances de la région. La proportion de femmes vivant seules (nous dirons femmes car la proportion d'hommes est minime, même si elle tend à augmenter) au moment de la naissance a légèrement augmenté (2,76 % des naissances en 1993, 2,82 % en 2001). Mais cette

¹ En 2000, le taux de natalité de la France était de 13,2 pour 1 000.

² Ces informations sont elles-mêmes issues du premier certificat réalisé par un médecin ou un pédiatre dans les 8 premiers jours après la naissance.

³ Tillard B, Vittrant C, Fourmentraux JP, Schmitt MO. *Le premier certificat de santé de l'enfant 1993*. Lille : Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais, 1995 ; 35 p.

⁴ La périnatalité correspond à la période suivante : de la 28^{ème} semaine de gestation au 6^{ème} jour après la naissance.

légère progression pour la région cache une disparité entre les deux départements : la proportion de mères isolées a augmenté dans le Nord mais a baissé dans le Pas-de-Calais, d'autre part, les mères isolées sont largement plus représentées dans le Nord (3,69 % en 2001) que dans le Pas-de-Calais (1,23 % en 2001).

Les emplois occupés par les femmes sont majoritairement de type employés (22,3 % en 2001) et professions intermédiaires (16,5 % en 2001). La part de cette dernière catégorie socioprofessionnelle tend d'ailleurs à augmenter entre 1993 et 2001, notamment grâce au département du Nord ; les cadres et professions intellectuelles supérieures sont également en hausse, avec une progression de près d'un point entre nos deux années de référence. Par contre, les femmes sans activité professionnelle au moment de la naissance sont largement représentées (45,3 %), et cette proportion a même augmenté (de 3 points) entre 1993 et 2001.

VERS UNE INTENSIFICATION DU SUIVI PRÉNATAL ?

Sept consultations prénatales pour une grossesse "normale" sont requises et constituent le nombre légal de visites à réaliser. L'enquête nationale de Blondel⁵ montre d'ailleurs que les grossesses peu ou pas suivies ont un risque relatif de mortalité périnatale multiplié par 2, et des risques de prématurité et de poids inférieur à 2 500 g multiplié par 3 par rapport aux grossesses bien suivies. Une nette amélioration du suivi des femmes est constatée au travers des consultations prénatales dans la région. Les naissances ayant fait l'objet de moins de 3 consultations prénatales représentent désormais une faible part des naissances (0,76 % en 2001 contre 1,99 % en 1993). Le pourcentage de naissances ayant bénéficié de moins de 7 consultations est également en baisse puisqu'il représente 10,75 % des enfants nés en 2001, contre 22,99 % des naissances de 1993. A noter que le Pas-de-Calais réalise un meilleur suivi de ses parturientes

⁵ cité in www.arh5962.fr dans la rubrique La politique sanitaire /Planification/SROS/Le SROS Périnatalité.

puisque seulement 7,9 % de celles ci ont réalisé moins de 7 consultations prénatales contre 12,28 % dans le Nord (Carte 12). Même si ces pourcentages sont tous en baisse, le suivi de la grossesse montre encore des carences (les taux encore importants de pathologies évitables en partie comme les prématurés, les enfants de petits poids en témoignent).

La préparation psychoprophylactique à l'accouchement (consistant en 6 à 8 séances de préparation à la naissance) touche de plus en plus de naissances tout en restant insuffisante. Ainsi, 18,0 % des naissances en 2001 ont été précédées d'une préparation alors que seulement 9,5 % des naissances l'avaient été en 1993. Les disparités entre les deux départements de la région sont fortes : la préparation à l'accouchement dans le Nord a touché 22,0 % des naissances en 2001 (10,3 % en 1993) contre seulement 10,7 % dans le Pas-de-Calais (7,67 % en 1993). Le Pas-de-Calais est donc largement en deçà du Nord et progresse lentement dans ce domaine.

Suivi de la grossesse (en % des naissances)

	1993	2001
Visites prénatales		
Moins de 3	2,0	0,8
Moins de 7	23,0	10,8
Préparation psychoprophylactique à l'accouchement	9,5	18,0
Hospitalisation durant la grossesse	14,4	14,2
Moins de 8 jours	10,2	11,5
8 jours et plus	4,3	3,0

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

Les hospitalisations durant la grossesse restent stables entre 1993 et 2001, même si le Nord connaît une légère hausse (15,1 % des naissances en 1993 ont fait l'objet d'une hospitalisation durant la grossesse contre 16,1 % en 2001), et le Pas-de-Calais une baisse (13,0 % des naissances en 1993 et 10,7 % en 2001). La plupart des hospitalisations sont brèves, avec une durée d'une semaine ou moins. Les hospitalisations de plus de 7 jours sont d'ailleurs en régression entre 1993 et 2001.

ÉVOLUTION DES PRATIQUES DANS LE DÉROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT

La comparaison des chiffres des années 1993 et 2001 concernant la césarienne montre une tendance à l'accroissement de cette pratique. Ainsi, 14,1 % des nouveau-nés en 1993 contre 17,7 % en 2001 sont nés par césarienne. L'évolution est similaire dans les deux départements mais le Nord a

une proportion de césariennes plus élevée que le Pas-de-Calais.

Une naissance sur 5 fait l'objet d'un déclenchement et 60,1 % des accouchements se font sous péridurale (62,6 % dans le Nord et 55,5 % dans le Pas-de-Calais). N'ayant pas de chiffres de source identique pour l'année 1993, il n'est pas possible de mesurer l'évolution de ces pratiques. Il semble cependant qu'elles soient à la hausse au niveau national ; ceci traduisant une augmentation de la volonté de maîtrise du travail et de l'accouchement.

ÉTAT DE SANTÉ À LA NAISSANCE ET ALLAITEMENT

Prématurité et faible poids

Le taux de prématurité (naissances avant 37 semaines) n'a pas diminué entre 1993 et 2001. Au contraire, les naissances à moins de 37 semaines ont augmenté en passant de 5,0 % en 1993 à 6,5 % des naissances en 2001. Les naissances de nouveau-nés de moins de 33 semaines ont également progressé, mais dans une moindre mesure (0,9 % en 1993 et 1,2 % en 2001). Le nombre d'enfants de faible poids (moins de 2 500 grammes) a également augmenté depuis 1993. Les enfants de moins de 2,5 kg représentaient 6,3 % des naissances en 1993, en 2001, ils en représentent 7,1 %. C'est surtout dans le Nord que l'augmentation du nombre d'enfants de faible poids est marquée, avec une hausse de près de 1 point entre 1993 et 2001 (6,3 puis 7,1 %). Les enfants de très petit poids à la naissance (moins de 1,5 kg) sont aussi plus nombreux mais dans une moindre mesure puisqu'ils représentent moins d'1 % des naissances en 2001 (contre 0,6 % en 1993).

Prématurés et faibles poids (en % des naissances)

	1993	2001
Prématurés de moins de 33 semaines	0,9	1,2
Prématurés de moins de 37 semaines	5,0	6,5
Poids inférieur à 1 500 g	0,6	0,8
Poids inférieur à 2 500 g	6,3	7,1

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

Les modifications de pratiques qui tendent à faire naître de plus en plus précocement les enfants menacés *in utero* sont la principale raison de ces hausses de prématurés et d'enfants de faible poids. À cela s'ajoute l'augmentation du nombre d'enfants issus de grossesses multiples (en lien avec l'accroissement des traitements de la stérilité), enfants chez lesquels prématurité et faible poids sont courants (au niveau national, en 1998, les jumeaux nés

vivants sont prématurés dans 48 % des cas et sont de faible poids dans 56 % des cas¹).

Score Apgar et allaitement

L'état de santé à la naissance est mesuré par le score d'Apgar qui consiste à évaluer à la naissance cinq éléments cotés de 1 à 2 : fréquence cardiaque, effets respiratoires, tonus musculaire, réponse aux stimulations, coloration cutanée. Ce score, établi à la cinquième minute de vie, fournit des informations quant à l'adaptation à la vie extra-utérine. 0,4 % des enfants nés en 2001 ont un score d'Apgar inférieur à 7 ; ce qui peut être considéré comme un critère de souffrance néonatale. Le pourcentage de nouveaux-nés ayant fait l'objet d'un transfert post-natal (vers un autre service ou un autre établissement) s'élève à 4,6 % des naissances en 2001 (Carte 13). Ce pourcentage a légèrement diminué puisqu'il se situait à 5,8 % en 1993 ; soit une baisse de 1 point en 8 ans. La baisse des transferts post-natals a davantage diminué dans le Pas-de-Calais, en atteignant une baisse de 1,8 points entre 1993 et 2001.

L'allaitement concerne en 2001 42,8 % des nouveau-nés de la région. Cette pratique s'élargit de plus en plus puisqu'en 1993 seulement 34,6 % des enfants étaient allaités à la naissance. Le département du Nord se différencie du Pas-de-Calais avec une proportion beaucoup plus importante d'enfants allaités (48,1 % contre 33,0 % en 2001). L'évolution de la pratique de l'allaitement dans le Pas-de-Calais s'est cependant améliorée puisqu'elle augmente de près de 8 points entre 1993 et 2001 (pour la même période, le Nord a connu une évolution de 9 points). Il faut cependant nuancer ces chiffres, puisqu'ils proviennent du premier certificat de naissance de l'enfant (le plus souvent réalisé par le pédiatre durant le séjour en maternité), et qu'il est très probable que la proportion d'enfants allaités baisse dès le retour à domicile.

QUELQUES DONNÉES CONCERNANT LA MORTALITÉ

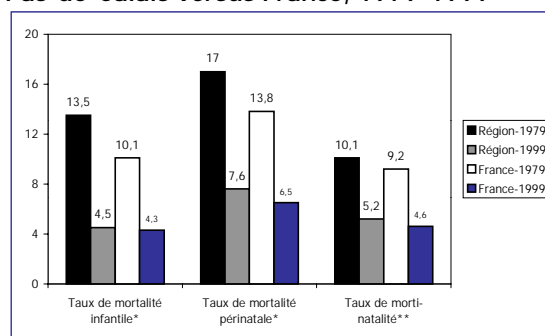
La mortalité maternelle dans la région Nord – Pas-de-Calais est depuis plusieurs années supérieure à celle de la France. Depuis 1993, il persiste 6 à 8 décès maternels par an, soit 14,4 décès pour 100 000 naissances alors que la moyenne française est de 11,5 pour 100 000 naissances. Il est d'ailleurs intéressant de noter que la moyenne française était elle-même le double de celle de certains pays scandinaves en 1997².

¹ Badeyan G, Wcislo M. La situation périnatale en France en 1998. *Études et Résultats* n°73, juillet 2000.

² cité in www.arh5962.fr dans la rubrique La politique sanitaire /Planification/SROS/Le SROS Périnatalité.

Concernant la mortalité fœto-infantile, la baisse des taux est importante, que ce soit pour la mortalité infantile (décès des enfants de moins de 1 an pour 1 000 enfants nés vivants), la mortalité périnatale (décès d'enfants de moins de 7 jours et d'enfants sans vie pour 1 000 naissances totales) ou encore la mortinatalité (mortalité intra-utérine des fœtus d'une durée de gestation supérieure à 180 jours).

Évolution de la mortalité fœto-infantile, Nord-Pas-de-Calais versus France, 1979-1999



* Taux pour 1 000 enfants nés vivants

** Taux pour 1 000 naissances totales (nés vivants + enfants sans vie)

Source : INSEE- État Civil.

La mortalité infantile a largement décliné entre 1979 et 1999, tant au niveau de la France que de la région. Le Nord – Pas-de-Calais reste cependant au-dessus du niveau national même si la différence avec celui-ci s'est largement amoindrie. En 1999, 4,5 décès d'enfants de moins de 1 an pour 1 000 nés-vivants ont donc été constatés, contre 4,3 pour l'ensemble de la France.

Le recul de la mortalité périnatale est également conséquent mais les écarts de notre région avec l'ensemble de la France restent plus importants. Il reste 7,6 décès d'enfants de moins de 7 jours ou sans-vie pour 1 000 naissances totales dans la région Nord – Pas-de-Calais contre 6,5 en France. Il semble que depuis quelques années ces taux aient tendance à stagner. De plus, le Nord connaît un taux de mortalité périnatale supérieur à celui du Pas-de-Calais (8 décès pour 1 000 naissances contre 6,8).

La mortinatalité (c'est-à-dire les enfants sans vie à la naissance), suit la même tendance que les indicateurs précédents : taux régional supérieur à la France en 1979 et 1999 ainsi qu'une situation moins favorable pour le Nord (taux de 5,6 enfants sans vie pour 1 000 naissances contre 4,4 dans le Pas-de-Calais). La comparaison de ce taux et de la mortalité périnatale met en évidence la baisse des décès d'enfants de 0 à 6 jours. En effet, sur 1 000 naissances il y a eu 5,2 enfants sans vie et 2,4 nés-vivants et décédés dans les 6 jours. Une grande partie de la baisse de la mortalité périnatale est donc due à la diminution des morts-nés.

Globalement, la région Nord – Pas-de-Calais se situe donc au-dessus de la France en ce qui concerne la mortalité fœto-infantile. Il semble que le niveau

régional rejoigne le niveau national lorsque les taux concernent une durée de vie plus grande du nourrisson : le taux de mortalité néonatale (décès d'enfants de moins de 28 jours pour 1 000 enfants nés vivants) est de 2,8 en région et de 2,7 en France et le taux de mortalité infantile est de 4,5 en région et 4,3 en France. Il semble donc que des efforts soient à réaliser dans notre région dans le domaine de la périnatalité.

LA POLITIQUE RÉGIONALE DE SANTÉ PÉRINATALE

Depuis 1994, une politique de Santé Publique concernant la périnatalité a été mise en place au niveau national, afin de réduire la mortalité maternelle et périnatale. Aujourd'hui, dans le Nord – Pas-de-Calais, cette politique repose sur le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) défini pour la période 2000-2005. Le SROS participe à l'objectif principal, commun à l'ensemble du dispositif, tel qu'il a été défini par le plan gouvernemental d'avril 1994 : réduire de 8 à 4 par an les décès maternels et de 30 à 50 % la mortalité et la morbidité périnatale, sur cinq ans.

Les objectifs opérationnels du SROS, pour les 5 ans à venir sont les suivants :

- globaliser les surveillances de la grossesse, de la naissance et de ses suites par l'insertion du réseau sanitaire au sein du dispositif général ;
- garantir l'accessibilité au sein de la zone de référence à une structure de qualité offrant toutes les conditions de sécurité et adaptée à l'état de la mère et/ou du nouveau-né ;
- prendre en charge la dimension psychologique de la périnatalité.

Concrètement, la mise en œuvre des politiques régionale et nationale en matière de périnatalité a permis, d'une part, l'apport de moyens techniques et humains, et, d'autre part, des opérations de modernisation et de restructuration de l'activité obstétrique ainsi que la mise en place d'une évaluation permanente de la périnatalité (le COTER, COmité TEchnique Régional périnatalité). Elle permet également la mise en place des réseaux périnatalité qui vont permettre une orientation de la femme enceinte vers la maternité la plus à même de prendre en charge les risques décelés pour elle et son enfant. L'objectif est donc de mettre en place dans chaque bassin de vie (Métropole, Artois, Littoral, Hainaut), un réseau périnatalité où coopèrent les centres de périnatalité, les sages-femmes de PMI, les sages-femmes libérales et certains médecins libéraux. Ces réseaux permettront alors de mieux suivre les grossesses et dépister les grossesses pathologiques (pour lesquelles il sera possible de bénéficier des plateaux techniques performants), de favoriser les accouchements de proximité, de réduire au maximum les transferts des prématurés et de favoriser les transferts *in utero*.

La situation sanitaire en matière de périnatalité dans la région Nord – Pas-de-Calais s'améliore mais reste tout de même en dessous du niveau de la France métropolitaine. La mise en place d'une nouvelle politique régionale de santé périnatale devrait pallier les insuffisances du Nord – Pas-de-Calais, et devrait permettre à notre jeune région de rejoindre la moyenne nationale (qui elle-même risque de s'améliorer du fait de l'envergure hexagonale de la politique de Santé Publique).



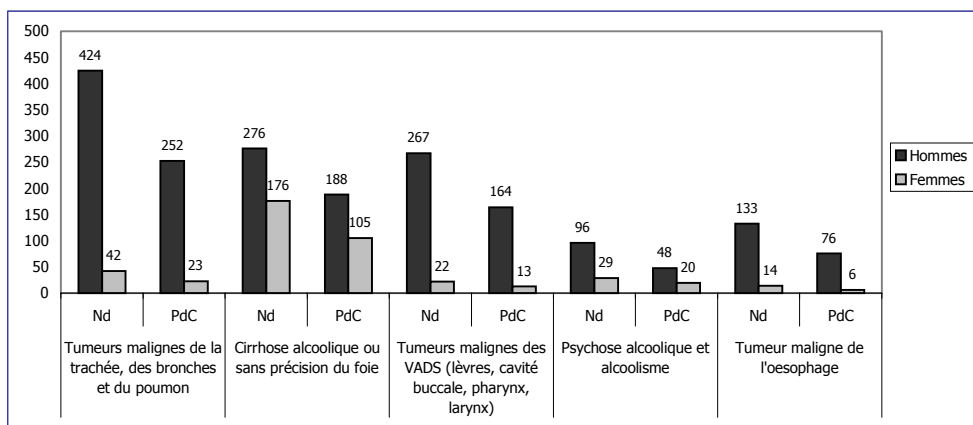
Conduites de consommation à risque

LES INDICATEURS DE CONTEXTE	49
- La mortalité	49
Par tumeur maligne du poumon, des bronches et de la trachée	51
Par tumeur maligne des VADS	53
Par tumeur maligne de l'œsophage	55
Par cirrhose alcoolique ou sans précision du foie	57
Par psychose alcoolique et alcoolisme	59
Conclusion	59
- Les indicateurs de consommation	63
Consommation de tabac et d'alcool dans la population rencontrée en médecine générale	63
Population des jeunes adultes à la fin de l'adolescence	63
Polyconsommation régulière de tabac, d'alcool et de cannabis des 12-25 ans	65
- Prise en charge des toxicomanes dans la région Nord – Pas-de-Calais	67
LES PROJETS RETENUS EN 2002	67
Le point sur...	
... Les patients et l'alcool en médecine générale	71

Cartes [23](#), [24](#), [25](#), [26](#), [27](#), [28](#)

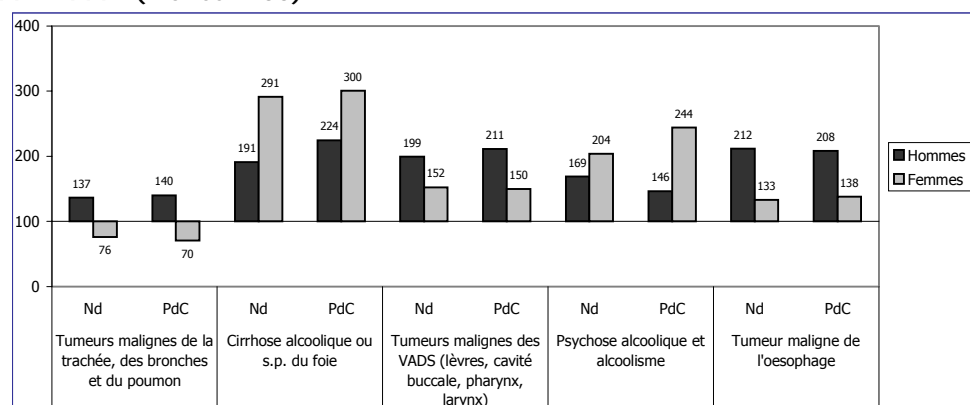
Conduites de consommation à risque

3-1 Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, région Nord - Pas-de-Calais, 1997-1999



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

3-2 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe et par cause, région Nord - Pas-de-Calais, 1997-1999* (France=100)

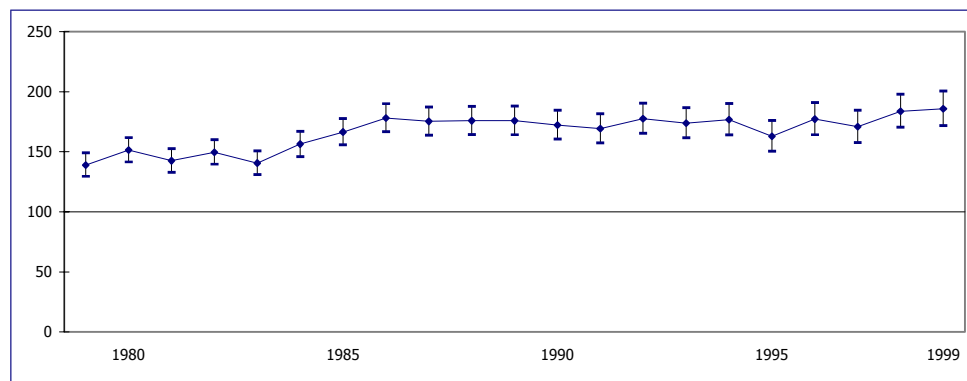


*Tous les ICM sont significatifs (au seuil de 5 %) sauf celui des femmes du Pas-de-Calais pour les tumeurs de l'oesophage

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

3-3 Évolution de l'Indice Comparatif de Mortalité par tumeur maligne des Voies AéroDigestives Supérieures, Nord - Pas-de-Calais versus France métropolitaine (France=100), de 1979 à 1999 (ICM avec intervalle de confiance à 95 %)

Hommes



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

Conduites de consommation à risque

Le Programme Régional de Santé **Conduites de Consommation à risque** est issu de l'une des 6 priorités régionales de santé définies par la Conférence Régionale de Santé. Les **3 principaux axes de travail** et d'appel à projet autour de ce PRS sont les suivants :

- réduire la consommation de substances psychoactives chez les jeunes et les adultes

Les actions autour des déterminants des comportements de mésusage devraient être amenées à se développer. Une population-cible pour chaque projet devrait également être définie.

- **réduire les dommages somatiques, psychiques et sociaux**, notamment par l'amélioration de l'accès aux soins et le développement d'actions en partenariat entre toutes les structures et associations impliquées dans la prise en charge ;

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

Une appréciation de l'utilité et du champ d'investigation des actions était essentielle.

Pour mieux expliciter les objectifs et la problématique de ce PRS, chacun de ces trois grands axes de travail est développé suivant plusieurs "sous-objectifs" pour les porteurs de projet potentiels.

Dans les pages suivantes, est décrit le contexte régional des consommations à risque à travers les données de mortalité, la consommation et la prise en charge, avant que ne soient présentés les projets retenus en 2002.

LES INDICATEURS DE CONTEXTE

La mortalité

Les données de mortalité des causes de décès liées à une intoxication par l'alcool et/ou le tabac sont largement disponibles. Jugées d'une précision insuffisante pour l'épidémiologie descriptive¹, elles permettent néanmoins d'avoir une appréciation globale du risque de décès pour une cause donnée dans l'espace et dans le temps. Les biais communément admis en ce qui concerne les données de mortalité sont liés à la qualité de l'enregistrement du décès, à la précision du diagnostic et à la distorsion des estimations de populations.

On sait que quand on compare la mortalité entre différentes populations et/ou son évolution dans une même population, l'âge et le sexe représentent d'importants facteurs explicatifs des différences que l'on peut observer. Par conséquent, il s'avère indispensable de tenir compte de ces 2 données. Hormis les taux bruts de mortalité par classe d'âge quinquennale, deux méthodes statistiques descriptives ont été utilisées ; il s'agit de méthodes de standardisation :

- pour apprécier l'évolution de la mortalité dans une même population et la comparaison entre hommes et femmes, nous avons utilisé la standardisation directe (ou méthode de la population-type) ;

- pour comparer la mortalité régionale à la mortalité nationale, nous avons opté pour la standardisation indirecte (ou méthode de la mortalité-type) en raison de sa plus grande précision et de sa faible sensibilité aux fluctuations aléatoires² par rapport à la standardisation directe.

L'étude de l'évolution des causes de décès dans le temps présente un intérêt particulier dans l'évaluation de la prévention primaire, où l'on s'efforce de réduire l'exposition aux facteurs de risque (tabac et alcool), et dans la prévention secondaire (dépistage et prise en charge précoce et optimale, notamment sur le plan du suivi) ; ces 2 niveaux d'intervention ayant pour but la réduction de l'incidence et de la mortalité. Néanmoins, il existe un intervalle de temps non négligeable entre la réduction d'une exposition à un facteur de risque, et l'impact de cette réduction d'exposition sur la mortalité. Ce délai, qui est très variable suivant la cause de décès, dépend d'une part de l'intervalle de temps entre l'apparition de la maladie et le décès, et d'autre part de l'importance de l'exposition des générations.

À l'heure actuelle, nous disposons des données de mortalité de 1979 à 1999. Cette période est, dans une certaine mesure, privilégiée car les causes de décès ont été relevées par rapport à une même Classification Internationale des Maladies (la CIM9), réduisant considérablement les biais de codification des causes de décès liés au changement de classification.

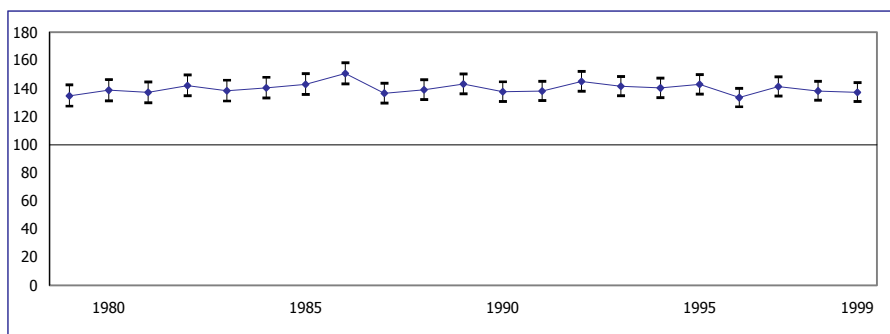
¹ Estève J, Benhamou E, Raymond L. *Méthodes statistiques en épidémiologie descriptive*. Paris : Les éditions de l'INSERM, 1993 ; 307 p.

² Bouyer J, Hémon D, Cordier S. *Epidémiologie, principes et méthodes quantitatives*. Paris : Les éditions de l'INSERM, 1993 ; 498 p.

Conduites de consommation à risque

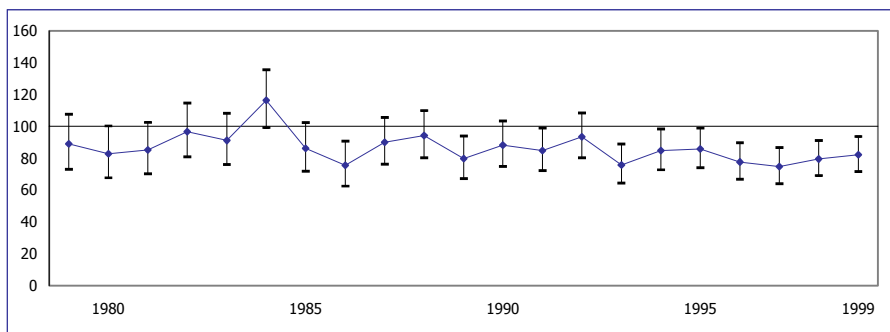
3-4 Évolution de l'Indice Comparatif de Mortalité par tumeur maligne du poumon, des bronches et de la trachée, Nord - Pas-de-Calais versus France métropolitaine (France=100), de 1979 à 1999 (ICM avec intervalle de confiance à 95 %)

Hommes



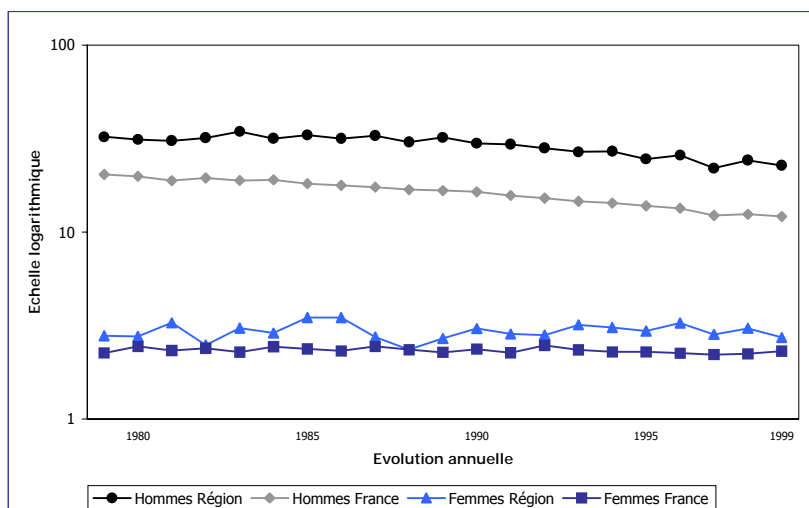
Source : INSEE-INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Femmes



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

3-5 Évolution des taux standardisés (pour 100 000 habitants, standardisation directe sur la population européenne) de la mortalité régionale et nationale par tumeur maligne de l'œsophage, de 1979 à 1999



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

Conduites de consommation à risque

Enfin, outre la simple description du changement de risque de décès pour une cause donnée au cours du temps par les méthodes de standardisation, l'étude des tendances de mortalité dans une même population ou par rapport à une population de référence, peut être analysée à l'aide des modèles statistiques log-linéaires de Poisson permettant d'étudier les effets respectifs de l'âge (quinquennal) et de la période (annuelle). Cependant, plusieurs difficultés peuvent freiner la réalisation et l'interprétation de ce type d'analyse :

- la difficulté dans certains cas de séparer les variations interprétables de celles que l'on peut considérer comme des fluctuations aléatoires, ces dernières pouvant être "supérieures" à celles qui sont prédites par la distribution de Poisson ;
- l'existence d'une interaction entre l'âge (quinquennal) et l'année étudiée. Elle se traduit par des différences d'évolution du risque de décès entre les classes d'âge durant les périodes annuelles étudiées. Ainsi, l'appréciation de l'évolution du risque pour une période donnée représente alors une "moyenne d'évolution de risques des différentes classes d'âge" pouvant être plus ou moins hétérogènes suivant les groupes d'âges ;
- l'impossibilité de séparer de manière correcte les effets de génération et les effets de période, notamment lorsque l'impact de ces effets ne peut être formulé *a priori*.

Il est important de noter que les modélisations sont réalisées sur les taux des classes d'âge les plus concernées par une même cause de décès sur la période 1979-1999. Nous avons limité l'analyse aux classes d'âge inférieures à 85 ans.

Nous avons retenu les causes de décès suivantes :

- tumeur maligne de l'œsophage ;
- tumeur maligne de la trachée, du poumon et des bronches ;
- tumeur des voies aérodigestives supérieures (VADS) comprenant les tumeurs des lèvres, de la cavité buccale, du pharynx et du larynx ;
- cirrhose du foie ou sans précision, et
- psychose et cirrhose alcoolique.

En référence à l'un des objectifs généraux du PRS Challenge (en l'occurrence "*Gagner des années de vie par la réduction des mortalités prématurées*"), nous présentons le nombre de personnes décédées avant 65 ans et la comparaison de la mortalité précoce (avant 65 ans) régionale par rapport à la France des 5 causes de décès retenues ci-dessus dans la période "actuelle" 1997-1999. L'analyse de l'évolution chronologique (1979-1999) de l'importance d'une même cause de mortalité ou de son taux comparatif n'a pas été effectuée à partir des décès prématurés (avant 65 ans), la notion de prématurité des décès étant variable dans le temps (Figures 3-1 et 3-2).

La mortalité par tumeur maligne du poumon, des bronches et de la trachée

Le tabac est le principal facteur de risque du cancer du poumon ; il est responsable d'environ 80 % des cancers du poumon en France¹. La plus grande partie des cancers pulmonaires est due à des carcinogènes et à des inducteurs tumoraux présents dans la fumée de cigarette. D'une manière globale, le risque de cancer du poumon est multiplié par 9 chez les fumeurs de cigarettes et par 3 chez les fumeurs de pipes. L'exposition passive chronique à la fumée de cigarette augmente le risque de cancer du poumon d'environ 30 %². Il existe une relation dose-réponse entre le taux de mortalité par cancer du poumon et la quantité totale de cigarettes fumées (exprimées en paquet-année). Les conséquences de l'arrêt du tabagisme sont bénéfiques, même si l'excès de risque annuel reste constant pendant plusieurs années. En France, chez les hommes, la fréquence du cancer du poumon est à son maximum ; il faudra probablement plusieurs décennies avant d'observer une baisse significative de la mortalité par tumeurs malignes du poumon. Chez les femmes, nous risquons d'assister, à l'avenir, à une augmentation des cancers pulmonaires compte tenu de l'augmentation du tabagisme de la population féminine.

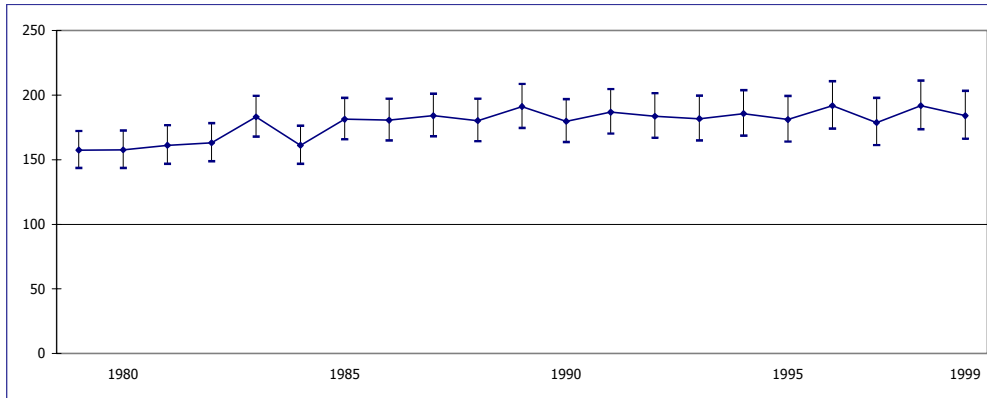
¹ Hill C. Mortalité liée au tabagisme. *Revue du praticien*, 1993 ; 43 :1209-1213.

² Hill C, Doyon F, Sancho-Garnier H. *Épidémiologie des Cancers*. Paris : Médecine-Science Flammarion, 1997 ; 111 p.

Conduites de consommation à risque

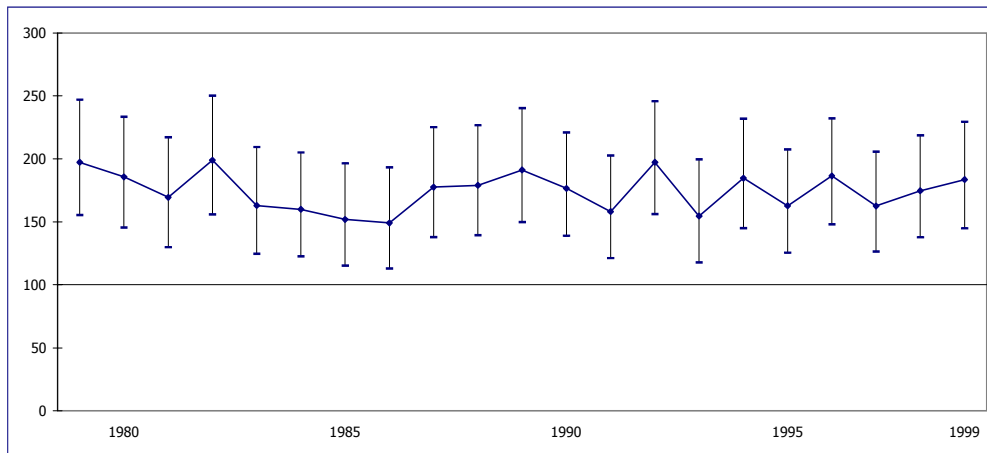
3-6 Évolution de l'Indice Comparatif de Mortalité par tumeur maligne de l'œsophage, Nord - Pas-de-Calais versus France métropolitaine (France=100), de 1979 à 1999 (ICM avec intervalle de confiance à 95 %)

Hommes



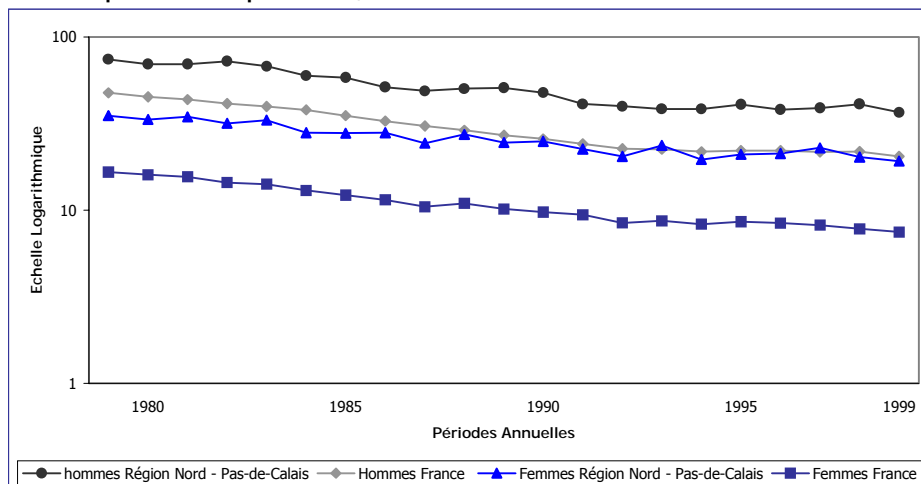
Source : INSEE-INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes de décès. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Femmes



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

3-7 Évolution des taux standardisés (standardisation directe) de la mortalité régionale et nationale, par cirrhose alcoolique ou sans précision, de 1979 à 1999



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

Conduites de consommation à risque

Situation régionale actuelle

L'Indice Comparatif de Mortalité "actuel", calculé sur la période 1997-1999 par standardisation indirecte, montre chez les hommes une surmortalité régionale par rapport à la France et une sous-mortalité significative chez les femmes. Ces résultats concernent la mortalité globale et la mortalité prématurée avant 65 ans. La situation départementale est superposable à la situation régionale. Les arrondissements de Valenciennes, Lens et Béthune se distinguent par des ICM significatifs aux alentours de 200 pour la mortalité prématurée chez les hommes, (Carte 23). Pour les femmes, il existe une sous-mortalité prématurée significative au sein des arrondissements de Valenciennes, Béthune, Arras et Dunkerque (Carte 24). Il n'a pas été mis en évidence de différence significative avec la France pour les autres arrondissements.

La mortalité par tumeur maligne du poumon, de la trachée et des bronches concerne essentiellement l'adulte à partir de 35 ans. Les taux spécifiques par âge des hommes sont supérieurs aux taux féminins. Les taux relatifs aux hommes de la région Nord – Pas-de-Calais sont globalement, pour toutes les classes d'âge à partir de 35 ans, plus importants que les taux de la France ; alors que les taux féminins de la région sont souvent inférieurs aux taux nationaux.

Évolution de la mortalité régionale

L'analyse de la mortalité régionale réalisée à partir de la standardisation directe¹ objective une légère augmentation de la mortalité féminine dans la région et sur le plan national ; alors que la mortalité masculine semble globalement "inchangée" de 1979 à 1999 (PRS Challenge).

La modélisation du risque de décès des sujets âgés de 35 à 85 ans entre 1979 et 1999 ne permet pas de dégager d'évolution temporelle significative pour les deux sexes.

Évolution de la mortalité régionale par rapport à la mortalité nationale

Les hommes gardent une surmortalité constante significative ; alors que les femmes ont une sous-mortalité constamment significative depuis 1993 (Figure 3-4).

La modélisation de l'évolution de l'Indice Comparatif de Mortalité par classes d'âges quinquennales de 35 à 85 ans, ne permet pas de dégager de tendance chronologique significative entre 1979 et 1999.

La mortalité par tumeur maligne des Voies AéroDigestives Supérieures (VADS)

Il est communément admis que le tabac et l'alcool sont des facteurs prédisposant pour les cancers de la cavité buccale, de l'oropharynx, de l'hypo-pharynx et du larynx. Les consommations régulières de tabac et d'alcool sont souvent associées, leurs effets sur le risque de cancer sont multiplicatifs. La part attribuable au tabac et à l'alcool a été évaluée à 80 % des cancers de la cavité buccale, du pharynx, du larynx. Il existe une surmortalité des hommes par rapport aux femmes particulièrement importante en France. Entre 1950 et 1975, en France, le taux de mortalité chez les hommes a régulièrement augmenté ; il diminue régulièrement depuis. La mortalité chez les femmes, en France, est nettement plus faible et globalement stable.

Situation régionale actuelle

À l'exception de la mortalité tous âges des femmes du Pas-de-Calais, il existe une surmortalité régionale et départementale significative par rapport à la France (sur la période 1997-99). Ce constat se retrouve pour la mortalité tous âges et la mortalité précoce (avant 65 ans) dans les deux sexes. Les ICM pour les décès précoces des hommes, sont supérieurs à 200 pour près de la moitié des arrondissements de la région (Carte 35).

Cette cause de mortalité concerne essentiellement l'adulte à partir de 35 ans.

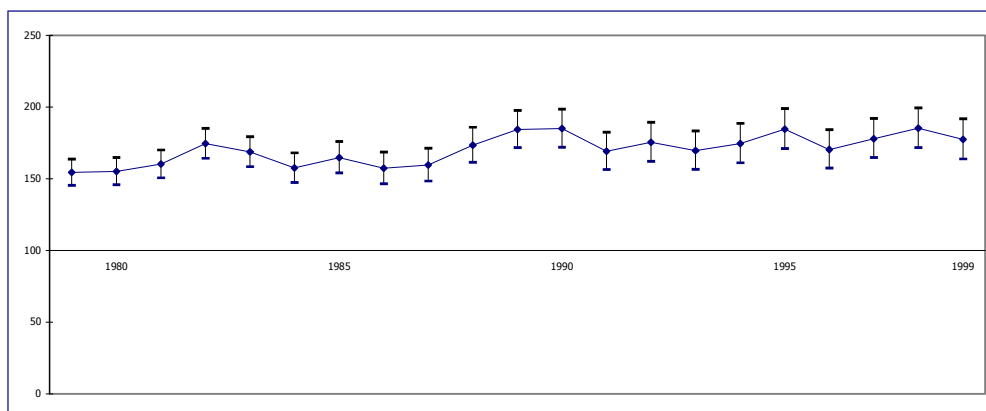
L'analyse des taux bruts spécifiques par âge quinquennal sur la période 1997-1999 objective la surmortalité des hommes par rapport aux femmes sur le plan régional comme sur le plan national. Les taux de mortalité des différentes classes d'âges des hommes de la région Nord – Pas-de-Calais sont nettement supérieurs aux taux nationaux masculins : ceci traduit l'importance de la surmortalité masculine du Nord – Pas-de-Calais par rapport à la France.

¹ dans le chapitre consacré au PRS Challenge.

Conduites de consommation à risque

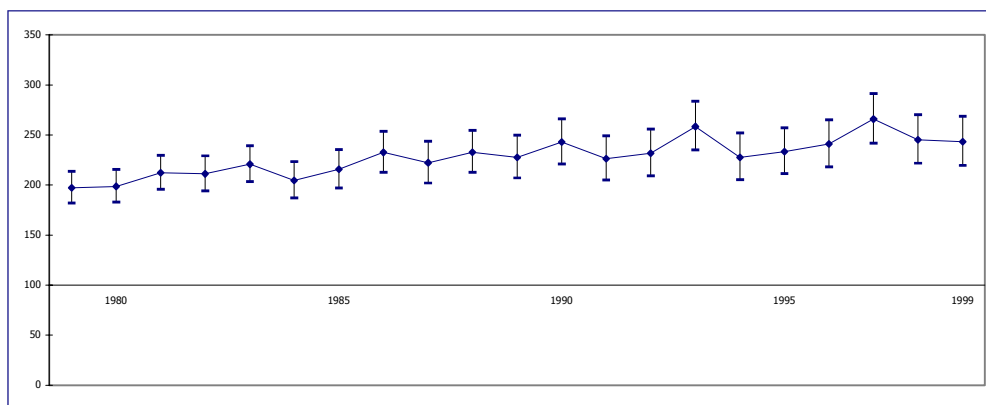
3-8 Évolution de l'Indice Comparatif de Mortalité par cirrhose alcoolique ou sans précision du foie, Nord - Pas-de-Calais versus France métropolitaine (France=100), de 1979 à 1999 (ICM avec intervalle de confiance à 95 %)

Hommes



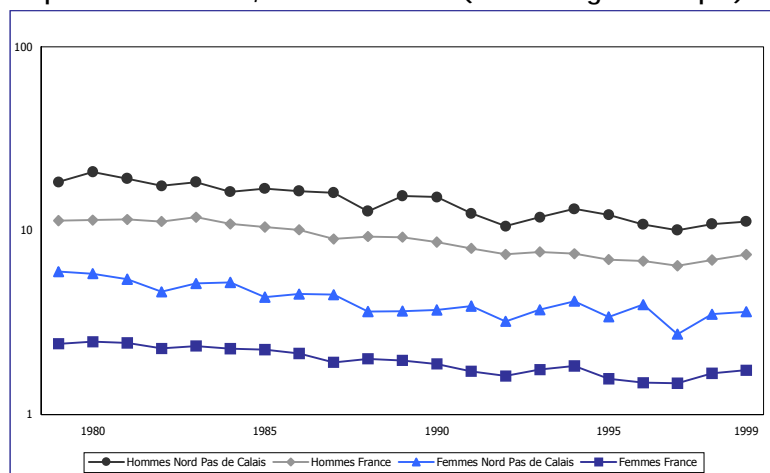
Source : INSEE-INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Femmes



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

3-9 Évolution des taux standardisés (standardisation directe) de la mortalité régionale et nationale par psychose alcoolique ou alcoolisme, de 1979 à 1999 (Échelle logarithmique)



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

Conduites de consommation à risque

Évolution de la mortalité régionale

L'analyse de l'évolution de la mortalité par tumeur maligne des VADS de par les taux standardisés au chapitre **Challenge** (PRS Cancers) montre une tendance à la baisse chez les hommes de la région Nord – Pas-de-Calais. La modélisation des taux de mortalité par âge quinquennal des hommes âgés de 35 à 85 ans dans la période 1979-1999 objective une tendance moyenne significative à la baisse.

En ce qui concerne les femmes, l'évolution de la mortalité est stable, en étant nettement plus faible que la mortalité masculine.

Le nombre moyen de décès annuels tous âges, chez les hommes, par tumeur maligne des VADS dans la région Nord – Pas-de-Calais, est passé de 836 décès annuels sur la période 1979-81 à 662 décès annuels sur la période 1997-99. Il est à noter que la diminution du nombre moyen de décès annuels n'exprime qu'en partie la baisse du risque de décès ; ce dernier dépend également des modifications sensibles de la structure de la population.

Évolution de la mortalité régionale par rapport à la mortalité nationale

Sur la période 1979-1999, il existe une surmortalité masculine régionale par rapport à la France qui semble constante. La modélisation chez les hommes des indices comparatifs des classes d'âge de 35 à 85 ans sur la période 1979-1999 ne permet pas de conclure à une évolution temporelle significative de la surmortalité régionale par rapport à la France (Figure 3-3).

La faible mortalité féminine régionale comme nationale ne permet pas d'explorer de manière satisfaisante leur comparaison dans le temps.

La mortalité par tumeur maligne de l'œsophage

Les facteurs de risques, l'écart entre les hommes et les femmes et l'évolution de la mortalité par cancer de l'œsophage sont assimilables à ceux des tumeurs malignes des VADS : le tabac et l'alcool représentent les principaux facteurs de risque, il existe une surmortalité des hommes par rapport aux femmes. En France, la mortalité masculine diminue depuis le milieu des années 70, alors que la faible mortalité féminine est globalement stable.

Situation régionale actuelle

Il existe chez les hommes une surmortalité régionale par tumeur maligne de l'œsophage significative par rapport à la France. Cette surmortalité concerne la mortalité à tous âges et la mortalité précoce (avant 65 ans). Ce constat se décline à l'échelle départementale et également au niveau des arrondissements (**Carte 36**). Tous les arrondissements ont une surmortalité précoce par tumeur maligne de l'œsophage masculine significative par rapport à la France.

A l'échelle régionale, les femmes présentent une surmortalité tous âges et une surmortalité précoce significative par rapport à la France. À l'échelle départementale il existe une surmortalité tous âges significative, la surmortalité pour les décès précoces par tumeur maligne de l'œsophage étant uniquement significative pour le département du Nord. Le faible effectif des décès par tumeur maligne chez les femmes ne permet pas de se prononcer de manière satisfaisante quant à la mortalité à l'échelle des arrondissements par rapport à la France.

L'analyse des taux bruts de mortalité par âge quinquennal de la région et de la France dans la période 1997-1999 objective la surmortalité des hommes par rapport aux femmes tant sur le plan régional que national. Les taux régionaux des deux sexes sont nettement supérieurs aux taux de la population française ; ceci exprime la surmortalité régionale par rapport à la France. Cette cause de décès concerne essentiellement l'adulte à partir de 35 ans.

Évolution de la mortalité régionale

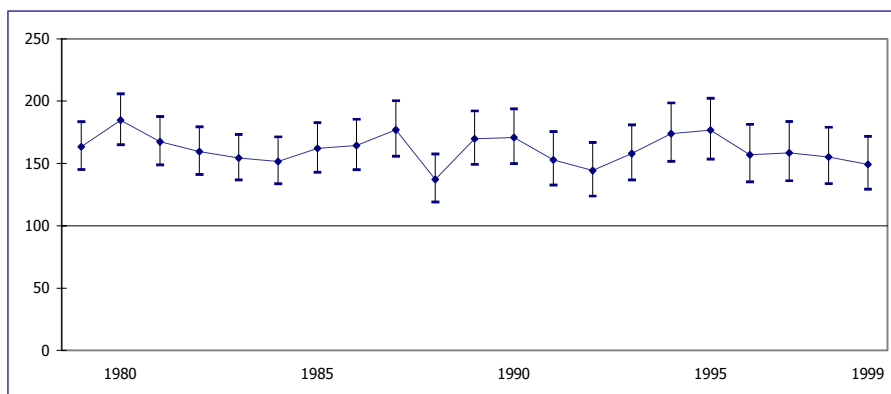
L'évolution des taux standardisés (standardisation directe) permet de constater l'écart qui sépare les hommes des femmes ; les hommes ayant une importante surmortalité par rapport aux femmes de 1979 à 1999. On note également l'existence, chez les hommes, d'une importante surmortalité régionale par rapport à la France. La surmortalité des femmes de la région par rapport à la France est moins importante.

Cependant, d'une manière globale nous relevons une diminution progressive de la mortalité des hommes par tumeur maligne de l'œsophage sur la période étudiée au niveau régional et national. L'évolution de la mortalité des femmes ne permet pas d'évoquer une évolution chronologique.

Conduites de consommation à risque

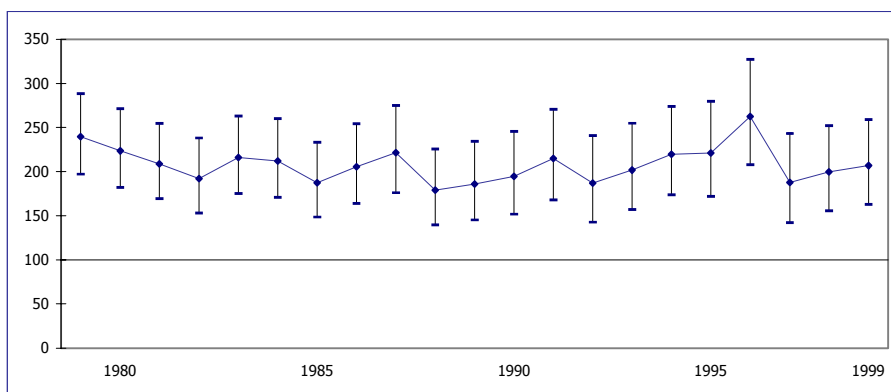
3-10 Évolution de l'Indice Comparatif de Mortalité par psychose alcoolique ou alcoolisme, Nord - Pas-de-Calais versus France métropolitaine (France=100), de 1979 à 1999 (ICM avec intervalle de confiance à 95 %)

Hommes



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

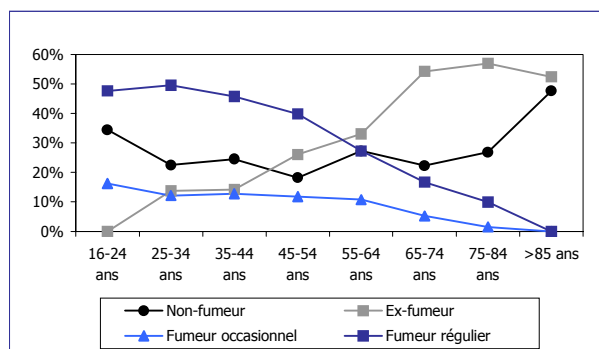
Femmes



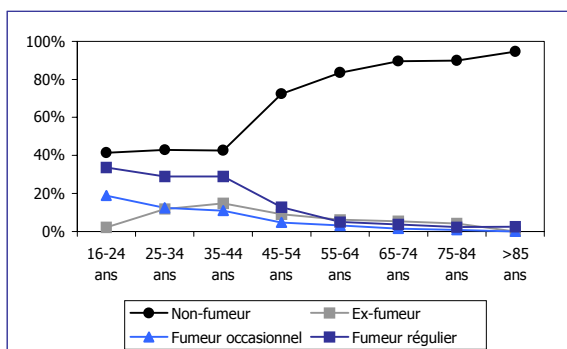
Source : INSEE-INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

3-11 Tabagisme dans la population du Nord – Pas-de-Calais ayant un recours aux soins en médecine générale (octobre 2000)

Hommes



Femmes



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais.

Conduites de consommation à risque

La modélisation de l'évolution des taux de mortalité par âge quinquennal de 35 à 85 ans des hommes de la région permet de dégager une tendance significative à la baisse, et confirme la tendance constatée à partir de l'analyse de l'évolution des taux standardisés.

Le nombre moyen de décès annuels tous âges, chez les hommes, par tumeur maligne de l'œsophage dans la région Nord – Pas-de-Calais, est passé de 468 décès annuels sur la période 1979-81 à 393 décès annuels sur la période 1997-99. Il est à noter que la diminution du nombre moyen de décès annuels n'exprime qu'en partie la baisse du risque de décès ; ce dernier dépend également des modifications sensibles de la structure de la population (Figure 3-5).

Évolution de la mortalité régionale par rapport à la mortalité nationale

Il existe une surmortalité régionale significative par rapport à la France chez les hommes et les femmes de 1979 à 1999. La modélisation de l'évolution des indices comparatifs par classes d'âges quinquennales des hommes âgés de 35 à 85 ans met en évidence une légère augmentation des ICM sur la période 1979-1999. Ce constat peut traduire une diminution de la mortalité par tumeur maligne de l'œsophage plus lente dans la région par rapport à la France. Il n'a pas été mis en évidence d'évolution temporelle significative des ICM des femmes (Figure 3-6).

La mortalité par cirrhose alcoolique ou sans précision du foie

La consommation régulière et excessive d'alcool est liée à une grande partie des cirrhoses hépatiques. L'estimation de la proportion de cirrhoses liées à une intoxication éthylique chronique est cependant assez variable : allant de près de 93 %¹ pour certains auteurs à 85-60 %² pour d'autres. Cette variabilité peut être en partie expliquée par une meilleure identification d'autres facteurs étiologiques de la cirrhose hépatique, notamment le virus de l'hépatite C. En France, les cirrhoses représentent près de 40 % des causes de décès directement liées à une consommation excessive et régulière d'alcool³. Parmi les différentes causes liées directement à l'imprégnation éthylique chronique (alcoolodépendance, cirrhoses alcooliques ou sans précision, cancer des VADS et de l'œsophage), les cirrhoses sont proportionnellement sur-représentées chez les femmes : elles représentent plus de 54,7 % de ce groupe de décès *versus* 34,2 % chez les hommes. Les décès par cirrhose alcoolique ou sans précision ont fortement chuté ces vingt dernières années dans les deux sexes³.

Situation régionale actuelle

En ce qui concerne les décès par cirrhose alcoolique ou sans précision, il existe une surmortalité significative tous âges et précoce, à l'échelon régional et départemental, pour les hommes et les femmes par rapport à la France. Tous les arrondissements de la région présentent une surmortalité tous âges, par rapport à la France, significative dans les deux sexes ; hormis l'arrondissement de Boulogne-sur-Mer pour les hommes et celui de Calais pour les femmes, tous les autres arrondissements accusent une surmortalité précoce (avant 65 ans) dans les deux sexes également significative par rapport à la France.

L'analyse par taux bruts spécifiques par âge quinquennal sur la période 1997-99 montre que cette cause de décès concerne essentiellement l'adulte à partir 30 ans. Les taux spécifiques régionaux pour chaque sexe sont nettement supérieurs aux taux spécifiques de la France. On remarque également que les taux des femmes de la région sont supérieurs pour les classes d'âges allant de 30 à 55 ans aux taux des hommes en France. Enfin, la mortalité par cirrhose est maximale pour les classes d'âges comprises entre 50 et 70 ans.

Évolution de la mortalité régionale

L'analyse de l'évolution de la mortalité régionale comme nationale montre que ces dernières sont à la baisse au cours de la période 1979-1999. Cette baisse est nettement moins importante pour les femmes de la région Nord – Pas-de-Calais. À partir de la fin des années 90, la mortalité des femmes du Nord – Pas-de-Calais est équivalente à la mortalité nationale masculine. Néanmoins, la mortalité régionale des hommes reste supérieure à celle des femmes. La mortalité régionale des deux sexes est constamment supérieure à la mortalité de la France (Figure 3-7).

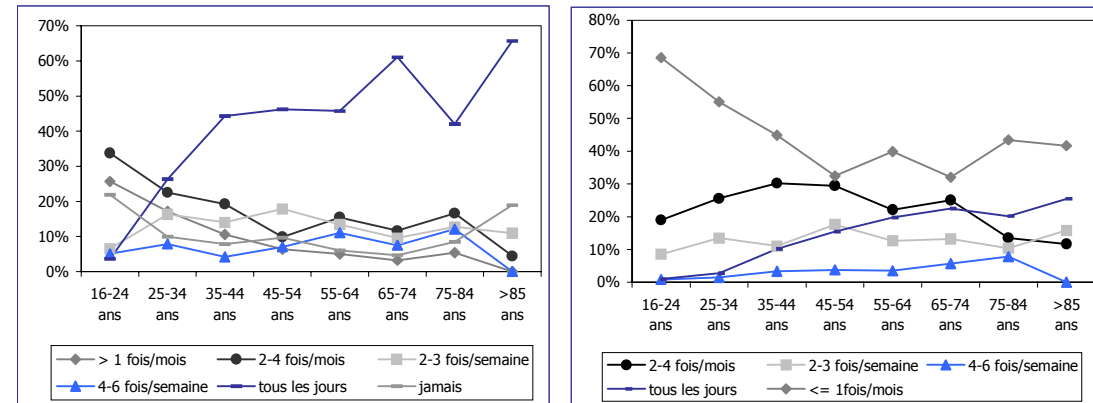
¹ Péquignot G, Tuyns AJ, Berta JL. Ascitis cirrhosis in relation to alcohol consumption. *Int. J. Epidemiol* 1978 ;7 : 113-120.

² Beaugrand M. *Diagnostic des cirrhoses de l'adulte*. La revue du praticien, 1997 ; 47(5) : 487-489.

³ Michel E, Jouglà E. *La mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique en France en 1998*. Paris : DREES, 2002.

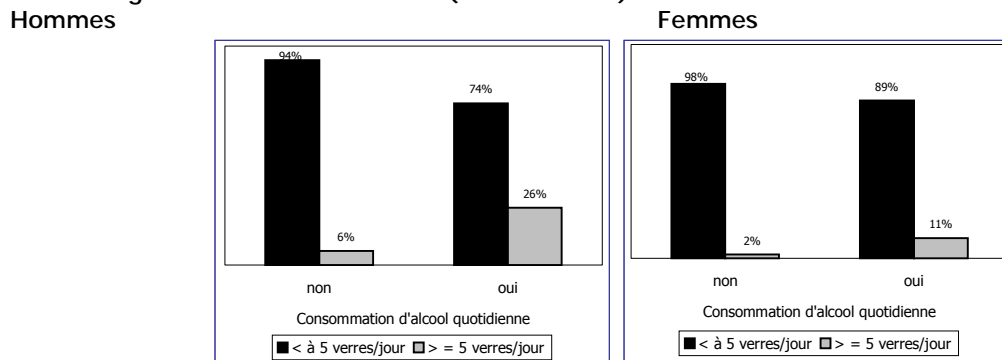
Conduites de consommation à risque

3-12 Fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois dans la population ayant eu recours aux soins en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais (octobre 2000)



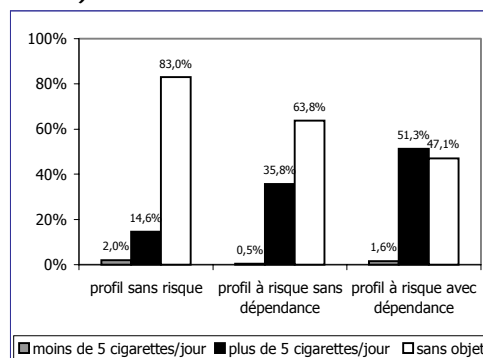
Source : ORS Nord – Pas-de-Calais.

3-13 Nombre de verres d'alcool consommés un jour donné, suivant la notion d'une fréquence de consommation quotidienne, dans la population ayant eu recours aux soins en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais (octobre 2000)



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais.

3-14 Consommateurs réguliers de tabac de plus de 5 cigarettes par jour suivant les différents Profils Alcool, dans la population ayant eu recours aux soins en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais (octobre 2000)



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais.

Conduites de consommation à risque

La modélisation des taux bruts de mortalité par âge quinquennal des hommes âgés de 30 à 85 ans permet de dégager une tendance significative à la baisse, sur la période 1979-1999, du risque de décès par cirrhose alcoolique ou sans précision des hommes de la région Nord – Pas-de-Calais âgés de 30 à 85 ans. Il n'en est pas de même pour les femmes : la modélisation de l'évolution du risque de décès par cirrhose alcoolique ou sans précision des femmes de la région Nord – Pas-de-Calais âgées de 30 à 85 ans ne permet pas de conclure à une baisse significative.

Le nombre moyen de décès annuels tous âges par cirrhose alcoolique ou sans précision, chez les hommes du Nord – Pas-de-Calais est passé, de 1 071 décès annuels sur la période 1979-81 à 666 décès annuels sur la période 1997-99. Il est à noter que la diminution du nombre moyen de décès annuels n'exprime qu'en partie la baisse du risque de décès ; ce dernier dépend également des modifications sensibles de la structure de la population.

Évolution de la mortalité régionale par rapport à la mortalité nationale

L'analyse de l'évolution de la mortalité régionale par rapport à la mortalité nationale de par les Indices Comparatifs de Mortalité entre 1979 et 1999 révèle une augmentation. La modélisation de l'évolution des ICM des sujets âgés de 30 à 85 ans permet de dégager une tendance chronologique à la hausse. L'augmentation de la mortalité régionale par rapport à la mortalité nationale traduit, dans un contexte global de diminution des décès par cirrhose alcoolique, une diminution plus lente dans la région Nord – Pas-de-Calais par rapport à la France (Figure 3-8).

La mortalité par psychose alcoolique et alcoolisme

La cause de décès regroupés sous l'item "psychose alcoolique" comprend les delirium tremens, la psychose alcoolique de Korsakov, les autres états démentiels d'origine alcoolique, l'ivresse pathologique, le délire alcoolique de jalousie, le syndrome de sevrage et l'alcoolisme chronique sans précision. L'alcoolisme correspond au syndrome de dépendance alcoolique.

Situation régionale actuelle

En ce qui concerne les décès par psychose alcoolique ou alcoolisme, il existe une surmortalité significative tous âges comme précoce à l'échelon régional et départemental pour les hommes et les femmes. Chez les hommes, les arrondissements de Avesnes-sur-Helpe, Cambrai, Douai, Dunkerque, Lille, Valenciennes, Béthune et Lens affichent une surmortalité significative tous âges et précoce (hormis l'arrondissement d'Avesnes-sur-Helpe pour la surmortalité précoce) ; chez les femmes, les arrondissements d'Avesnes-sur-Helpe, Douai, Lille, Valenciennes, Arras, Béthune, Saint-Omer et Lens présentent une surmortalité significative tous âges et précoce (hormis les arrondissements de Lille et de Saint-Omer pour la mortalité précoce).

Il est difficile de se prononcer sur les autres arrondissements en raison du faible effectif des décès observés.

Cette cause de décès concerne essentiellement l'adulte à partir de 30 ans ; les hommes plus que les femmes. Les taux bruts spécifiques par âge quinquennal montrent que les taux régionaux dans les deux sexes sont quasiment toujours supérieurs aux taux nationaux, sur la période 1997-1999.

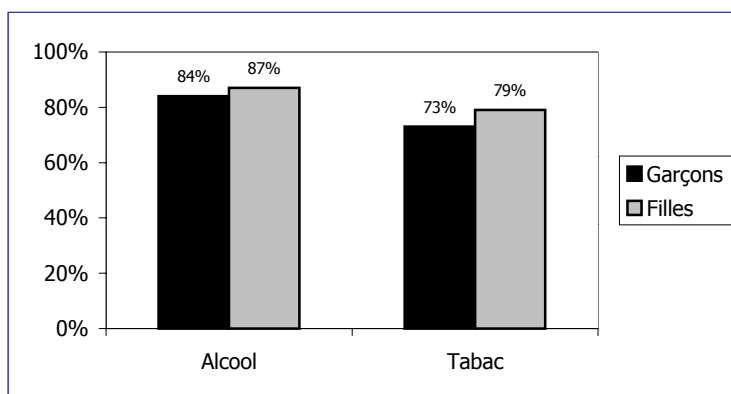
Évolution de la mortalité régionale

L'étude de l'évolution de la mortalité par psychose alcoolique et alcoolisme à travers les taux standardisés (standardisation directe) objective une tendance à la baisse nationale comme régionale plus importante chez les hommes. La mortalité masculine est supérieure à la mortalité féminine sur toute la période étudiée. La mortalité régionale est supérieure à la mortalité nationale dans les deux sexes de 1979 à 1999. La modélisation de l'évolution du risque de décès par psychose alcoolique et alcoolisme des hommes de la région Nord – Pas-de-Calais âgés de 30 à 85 ans entre 1979 et 1999, met en évidence une tendance significative à la baisse (Figure 3-9).

Le nombre moyen de décès annuels tous âges, chez les hommes, par psychose alcoolique et alcoolisme dans la région Nord – Pas-de-Calais est passé de 301 décès annuels sur la période 1979-81 à 189 décès annuels sur la période 1997-99. Il est à noter que la diminution du nombre moyen de décès annuels n'exprime qu'en partie la baisse du risque de décès ; ce dernier dépend également des modifications sensibles de la structure de la population.

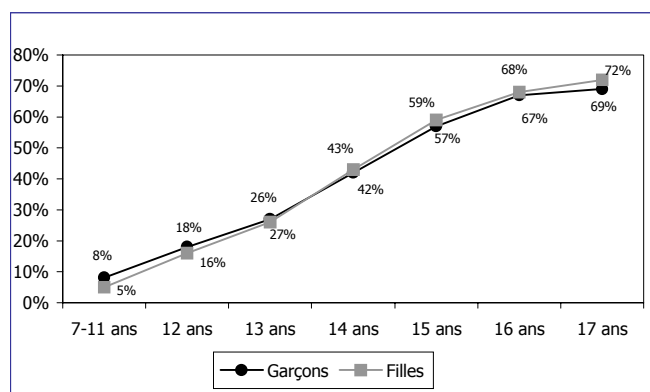
Conduites de consommation à risque

3-15 Expérimentation de l'alcool et du tabac des jeunes de 17 et 18 ans du Nord – Pas-de-Calais, en 2000-2001



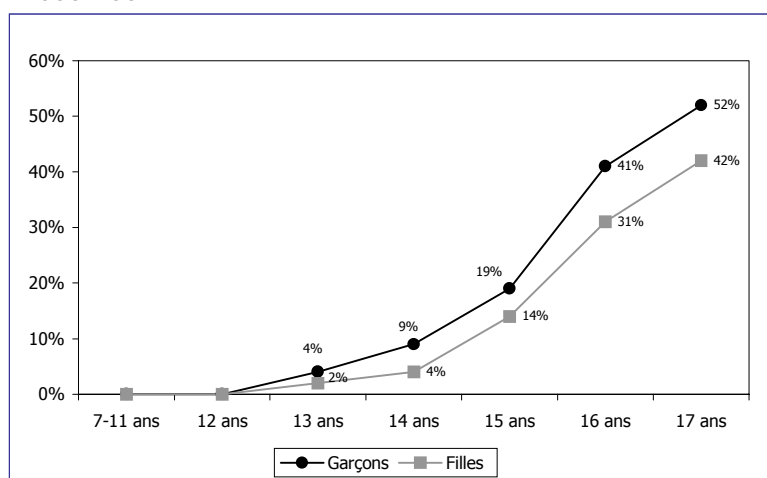
Source : OFDT Enquête ESCAPAD 2000-2001.

3-16 Diffusion de l'expérimentation du tabac pour la génération âgée de 17-18 ans, dans le Nord - Pas-de-Calais, en 2000-2001



Source : OFDT Enquête ESCAPAD 2000-2001.

3-17 Diffusion de l'expérimentation de l'ivresse pour la génération âgée de 17-18 ans, dans le Nord - Pas-de-Calais, en 2000-2001



Source : OFDT Enquête ESCAPAD 2000-2001.

Conduites de consommation à risque

Il est important de préciser que les décès par psychose alcoolique ou alcoolisme sont sujets (d'une manière plus importante que les autres causes de décès analysées dans ce chapitre) à un biais de classement. La diminution de cette cause de mortalité pouvant être, dans une certaine mesure, attribuable à un meilleur codage des causes de décès.

Évolution de la mortalité régionale par rapport à la mortalité nationale

Il existe une surmortalité régionale significative dans les deux sexes par psychose alcoolique ou alcoolisme qui semble constante entre 1979 et 1999. La modélisation de l'évolution des ICM par classes d'âges quinquennales des individus âgés de 30 à 85 ans ne permet pas de dégager une évolution temporelle significative. L'écart entre la région et la France pour cette cause de décès est par conséquent "stable" dans les deux sexes (Figure 3-10).

Conclusion

Dans un contexte de diminution de la consommation des boissons alcooliques¹ depuis la fin des années 60, le premier constat est la baisse des différentes causes de mortalité liées à l'intoxication alcoolique chronique. Cette baisse concerne principalement les hommes ; sachant que ces derniers ont une exposition aux facteurs de risques et une mortalité nettement plus importantes que les femmes. La mortalité par tumeur maligne du poumon, des bronches et de la trachée, essentiellement liée à l'intoxication tabagique chronique, est stable chez les hommes ; une augmentation chez les femmes semble amorcée.

Cependant, malgré la diminution de la mortalité de la plupart des causes de décès liées à l'intoxication alcoolique et/ou tabagique chronique, la région Nord – Pas-de-Calais conserve une surmortalité significative par rapport à la France : cette situation concerne chez les hommes les différentes causes de décès étudiées (tumeurs malignes pulmonaires, de l'œsophage, des VADS, cirrhose et psychose alcoolique et alcoolisme) ; chez les femmes, il s'agit de la mortalité par tumeur maligne de l'œsophage, des VADS, cirrhose et psychose alcoolique et alcoolisme. La surmortalité régionale par cirrhose chez les femmes est inquiétante dans la mesure où elle est du même niveau que la mortalité des hommes sur le plan national depuis le début des années 90. Enfin, la surmortalité régionale est soit constante par rapport à la France, soit associée à une tendance à la hausse pour les tumeurs malignes de l'œsophage chez les hommes et la cirrhose dans les deux sexes sur la période 1979-1999. Ce constat exprime, dans une certaine mesure, l'existence d'une diminution plus lente de la mortalité dans la région par rapport à la France pour les tumeurs malignes de l'œsophage chez les hommes et les cirrhoses alcooliques ou sans précision dans les deux sexes.

L'appréciation de la consommation d'alcool moyenne de la population du Nord – Pas-de-Calais n'est pas en faveur d'une surconsommation régionale (Baromètre Santé de l'INPES 1994 et 2000). D'autre part, les données concernant l'achat de boissons alcoolisées objectivent une surconsommation régionale (données SECODIP région Nord – Pas-de-Calais et Picardie 96-98). Cette situation, en regard de la surmortalité régionale développée ci-dessus pour les causes de mortalité liées à la consommation chronique d'alcool constitue un paradoxe. Plusieurs hypothèses sont alors évoquées afin d'expliquer cette situation, notamment le rôle des différentes générations sur les données de mortalité ou le type d'alcool préférentiel consommé² dans la région. L'existence de sous-populations surconsommatrices d'alcool a déjà été avancée, en l'absence à l'heure actuelle, d'enquêtes au sein de la population générale (régionale) permettant de documenter ou d'étayer cette hypothèse.

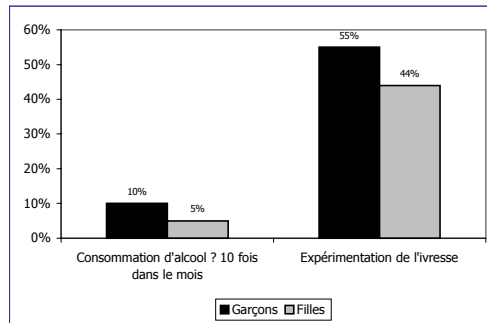
Enfin, le rôle des différentes générations dans les résultats de l'analyse des tendances de mortalité de 1979 à 1999 représente une limite pour l'interprétation : la surmortalité actuelle traduit, dans une certaine mesure, l'exposition aux facteurs de risque des générations de l'après-guerre compte tenu des délais entre l'exposition, la survenue de la maladie et le décès. Ces délais étant influencés par plusieurs facteurs dont le dépistage, l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge qui peuvent sensiblement varier en fonction du temps.

¹ Lacoste O, Spinosi L, Sampil M, Poirier G, Tillard B, Bruandet A, Cépré L. *Tableau de bord de l'alcoolisme dans le Nord – Pas-de-Calais*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2001 ; 114 p.

² Majken K, Jensen MK, Andersen AT, Sorensen TI, Becker Y, Thorsen T, Gronbaek M. Alcoholic Beverage Preference and Risk of becoming a heavy drinker. *Epidemiology*, 13 : 127-32.

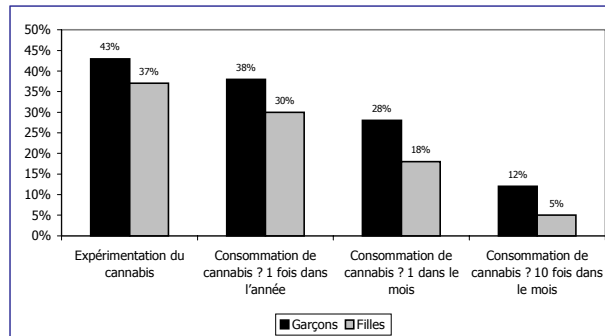
Conduites de consommation à risque

3-18 Usage répété de l'alcool et expérimentation de l'ivresse des jeunes de 17 et 18 ans dans le Nord – Pas-de-Calais



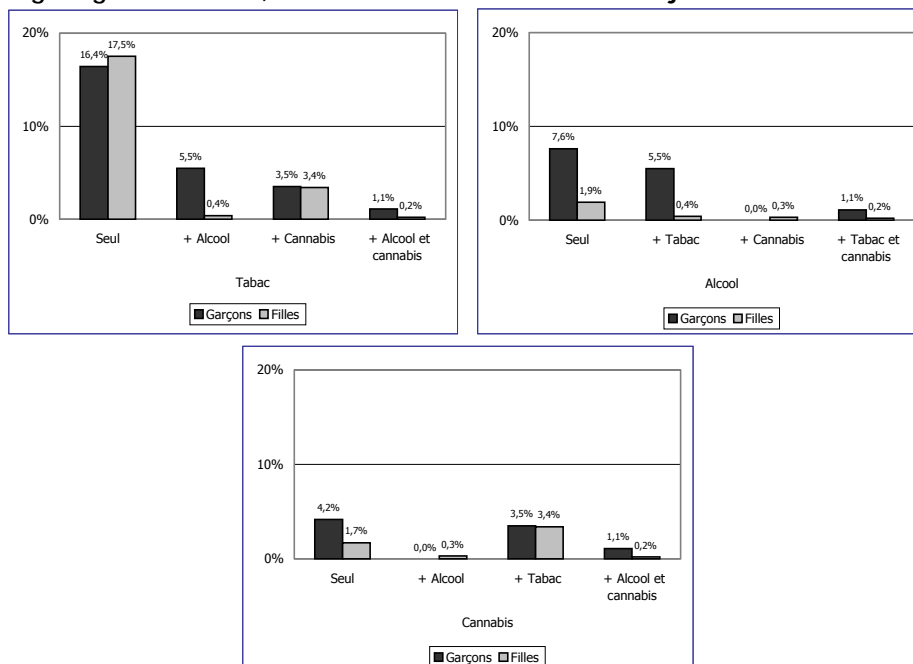
Source : OFDT Enquête ESCAPAD 2000-2001.

3-19 Expérimentation et consommation de cannabis des jeunes âgés de 17 et 18 ans dans le Nord – Pas-de-Calais



Source : OFDT Enquête ESCAPAD 2000-2001.

3-20 Poly-usage régulier d'alcool, de tabac et de cannabis chez les jeunes de 12 à 25 ans



Source : Baromètre santé 2000, échantillon régional Nord – Pas-de-Calais. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Conduites de consommation à risque

Les indicateurs de situation relatifs à la consommation de produits psycho-actifs de la population du Nord – Pas-de-Calais

Tabac et alcool dans la population adulte de plus de 16 ans rencontrée lors du recours aux soins en médecine générale

Les données présentées sont issues d'une enquête transversale réalisée auprès d'un échantillon de patients (sélectionnés après tirage aléatoire de médecins généralistes représentatifs de la région Nord – Pas-de-Calais) en octobre 2000. Les 67 médecins sélectionnés ont enquêté les patients âgés de plus de 16 ans rencontrés durant deux journées d'activité. Il s'agissait d'un questionnaire déclaratif concernant la consommation d'alcool et de tabac soumis à 1 972 patients.

Consommation de tabac

Concernant le tabagisme, la proportion de fumeurs réguliers est la plus importante dans la classe d'âge 16 à 24 ans ; elle décroît suivant les différentes classes d'âges. Elle est plus importante chez les hommes et a une décroissance moins rapide que dans la population féminine. Ainsi, près de 50 % des hommes ayant entre 16 et 24 ans sont des fumeurs réguliers *versus* 35 % des femmes (Figure 3-11).

Consommation d'alcool

La proportion de consommateurs quotidiens d'alcool augmente suivant les classes d'âges. Cette augmentation est nettement plus importante chez les hommes : elle passe de 4 % chez les 16-24 ans à 61 % chez les 65-74 ans. Cette augmentation est nettement moins importante chez les femmes : les consommateurs journaliers représentent 1 % chez les 16-24 ans et 22 % chez les 65-74 ans (Figure 3-12).

Les consommateurs quotidiens d'alcool boivent plus fréquemment plus de 5 verres au cours d'une journée donnée ; sachant que les recommandations actuelles de l'OMS préconisent une consommation à moindre risque¹ inférieure à 2-3 unités d'alcool/jour pour les femmes et 3-4 pour les hommes (Figure 3-13).

Consommation concomitante de tabac et d'alcool

Les patients ayant participé à cette enquête ont été classés selon 3 profils de consommation d'alcool permettant de renseigner leur statut par rapport à l'alcool suivant la notion de consommation à risque et la notion de dépendance. On constate que les patients les plus en difficulté avec l'alcool (profil à risque avec dépendance) ont plus souvent une intoxication tabagique concomitante régulière plus importante (Figure 3-14).

Population des jeunes adultes, à la fin de l'adolescence : Enquête ESCAPAD 2000-2001

Méthodologie

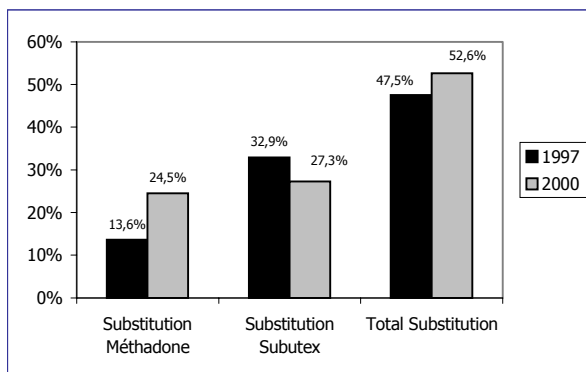
Une fois par an, une enquête sur les consommations de produits psycho-actifs est réalisée lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD²). La Journée d'Appel de Préparation à la Défense (JAPD) a été instituée par la loi du 28 octobre 1997 : toute la population française est amenée à y participer. Ce dispositif repose sur un accueil bihebdomadaire des jeunes, pour une journée entière (le samedi ou le mercredi) dans 250 à 300 centres civils ou militaires distribués sur le territoire national. En moyenne 10 000 à 15 000 jeunes sont reçus le samedi et environ 5 000 le mercredi, qui ont été recensés par leur mairie à l'âge de 16 ans et appelés entre ce recensement et leur 19^{ème} anniversaire. La représentativité est quasi-garantie par le caractère quasi-obligatoire de la JAPD. Un questionnaire auto-administré a été retenu, la durée de passation étant d'environ 25 minutes. Le taux de participation à la JAPD est supérieur à 90 % (nombre de présents/nombre de convocations). Les personnes présentes aux journées ne se connaissent pas ; ceci permettant une meilleure confidentialité des réponses. Les résultats présentés concernent les jeunes enquêtés dans la région Nord – Pas-de-Calais, âgés de 17 et 18 ans en 2000 et 2001 ; ils représentaient 1 476 personnes.

¹ **Une unité d'alcool** (soit 10 g d'alcool) = une chope de bière à 5° (25 cl) = une coupe de champagne à 12° (10 cl) = un verre de vin à 12° (10 cl) = un verre d'apéritif à 18° (6 cl) = un verre de whisky à 45° (3 cl) = un verre de pastis à 45° (un peu moins de 3 cl).

² Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense.

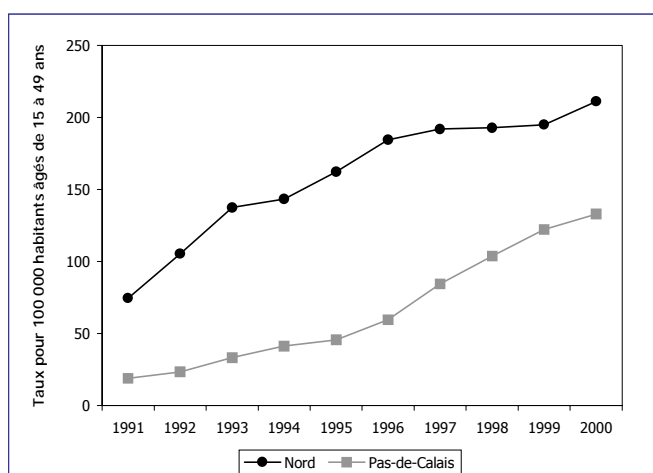
Conduites de consommation à risque

3-21 Évolution de la proportion de toxicomanes bénéficiant d'un traitement de substitution dans les différents centres de prise en charge du Nord - Pas-de-calais ; d'une manière globale, par Méthadone et par Subutex



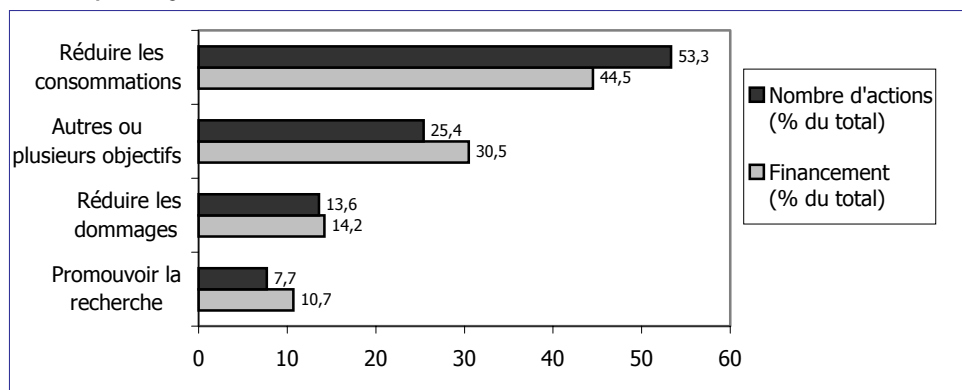
Source : DRASS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

3-22 Évolution 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 2000



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

3-23 Répartition par objectif 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

Résultats

Tout d'abord, on relève la banalisation de l'expérimentation de l'alcool et du tabac : près de 8 jeunes sur 10 ont déjà expérimenté le tabac ; 9 sur 10 l'alcool (Figure 3-15).

En moyenne, les garçons comme les filles ont fumé leur première cigarette à 13,6 ans. La reconstitution de la diffusion de l'expérimentation du tabagisme suivant l'âge des jeunes âgés de 17-18 ans en 2000-2001, permet de constater que les courbes des garçons et des filles sont très proches et augmentent considérablement entre 13 et 16 ans (Figure 3-16).

L'âge moyen de l'expérimentation de l'ivresse se situe à 15 ans pour les garçons, 15 ans et demi pour les filles. La reconstitution rétrospective de la diffusion de l'ivresse des jeunes âgés de 17-18 ans en 2000-2001 met en évidence un écart entre les deux sexes ; écart qui s'accroît à partir de l'âge de 14 ans (Figure 3-17).

Le comportement par rapport à la consommation de tabac est assez proche entre les deux sexes : près de 1 jeune sur 2 a une consommation quotidienne ou occasionnelle de tabac à l'âge de 17-18 ans. Le tabagisme occasionnel est défini par la consommation de moins d'une cigarette par jour ; le tabagisme quotidien correspond à la consommation d'au moins une cigarette par jour et concerne près de 40 % des jeunes de 17 et de 18 ans. Une différenciation sexuelle existe néanmoins pour la consommation répétée de l'alcool (plus de 10 fois dans le mois) et l'expérience de l'ivresse d'une manière moins importante : les garçons sont de plus importants consommateurs (Figure 3-18) que les filles (10 % *versus* 5 % pour la consommation répétée d'alcool et 55 % *versus* 44 % pour l'expérimentation de l'ivresse).

Le cannabis est le produit illicite le plus consommé. Une fois encore les garçons se présentent comme de plus importants consommateurs que les filles, notamment en ce qui concerne la consommation répétée (≥ 10 fois dans le mois écoulé). En moyenne, les garçons ont consommé du cannabis pour la première fois à 15,6 ans et les filles à 15,8 ans (Figure 3-19).

Les filles ont une expérimentation des médicaments psychotropes plus fréquente que les garçons (30 % *versus* 11 %). Après le cannabis, l'expérimentation de produits illicites la plus fréquente concerne les champignons hallucinogènes (6 % des filles et des garçons), puis l'ecstasy (3 % des filles, 5 % des garçons), les produits inhalés et popers (2 % des filles et 3 % des garçons), les amphétamines (1 % des filles, 3 % des garçons), le LSD (1 % des filles, 2 % des garçons) et enfin l'héroïne, la cocaïne et le crack (1 % des jeunes).

Enfin, l'approche régionale de la consommation de produits psycho-actifs montre que l'usage de ces produits s'avère relativement moins fréquent dans la région Nord – Pas-de-Calais¹ ; notamment en ce qui concerne l'usage régulier de l'alcool chez les garçons (>10 fois dans les 30 derniers jours, 7 points d'écart), l'expérimentation de l'ivresse (10 points d'écart pour les garçons, 6 points pour les filles), l'âge de la première ivresse, l'expérimentation du tabac des garçons (5 points d'écart), l'expérimentation du cannabis (écart de 10 points pour les garçons, 7 points pour les filles), l'âge moyen de la première expérimentation de cannabis et l'usage régulier de cannabis chez les garçons (écart de 5 points).

Polyconsommation régulière de tabac, d'alcool et de cannabis des 12-25 ans

Les indicateurs présentés ont été obtenus à partir du Baromètre santé réalisé par l'INPES en 1999-2000. L'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé organise régulièrement des enquêtes téléphoniques sur des échantillons représentatifs de la population française. En 2000, plusieurs extensions régionales ont eu lieu, notamment dans la région Nord – Pas-de-Calais, permettant ainsi l'obtention d'échantillons régionaux représentatifs de la population des jeunes âgés de 12 à 25 ans. L'échantillon comprenait 1 239 personnes (613 garçons et 626 filles). Compte tenu du faible effectif de jeunes ayant une polyconsommation régulière, ces résultats sont à interpréter avec précaution du fait de l'augmentation de l'imprécision des pourcentages estimés.

La consommation régulière de tabac est définie par la consommation d'au moins 1 cigarette par jour ; la consommation régulière d'alcool par au moins 1 consommation par semaine ; la consommation régulière de cannabis par au moins 10 consommations par mois.

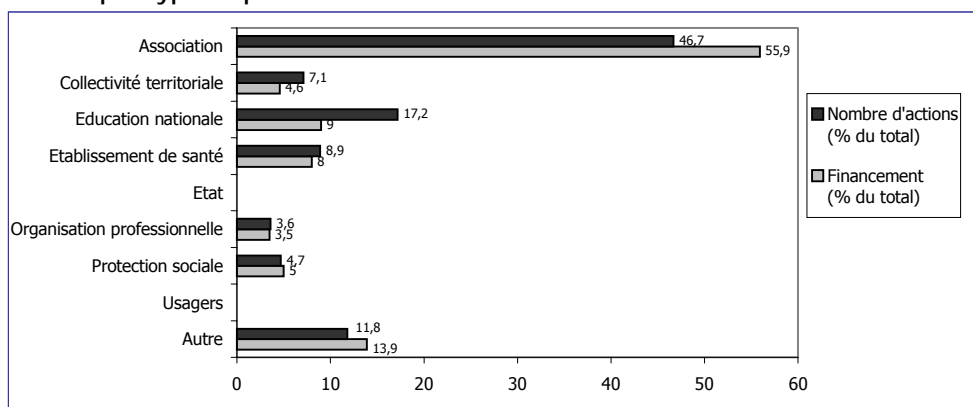
La polyconsommation régulière d'au moins 2 produits parmi l'alcool, le tabac ou le cannabis concerne, pour les 12-25 ans, 9 % des garçons et 4,1 % des filles. L'association la plus fréquemment observée dans les deux sexes est le cumul tabagisme quotidien-usage régulier de cannabis sans usage régulier d'alcool (de l'ordre de 3,4 %). Cependant, la consommation régulière de tabac et d'alcool sans usage de cannabis est plus importante chez les garçons (5,5 %) ; alors qu'elle est nettement plus rare (Figure 3-20) pour les filles (0,4 %).

La polyconsommation régulière des 3 produits cumulés concerne 1,1 % des garçons et 0,2 % des filles.

¹ Beck F, Legleye S, Peretti-Wattel P. *Santé, mode de vie et usage de drogues à 18 ans*. OFDT ESCAPAD 2001 ; 137-147, 199 p.

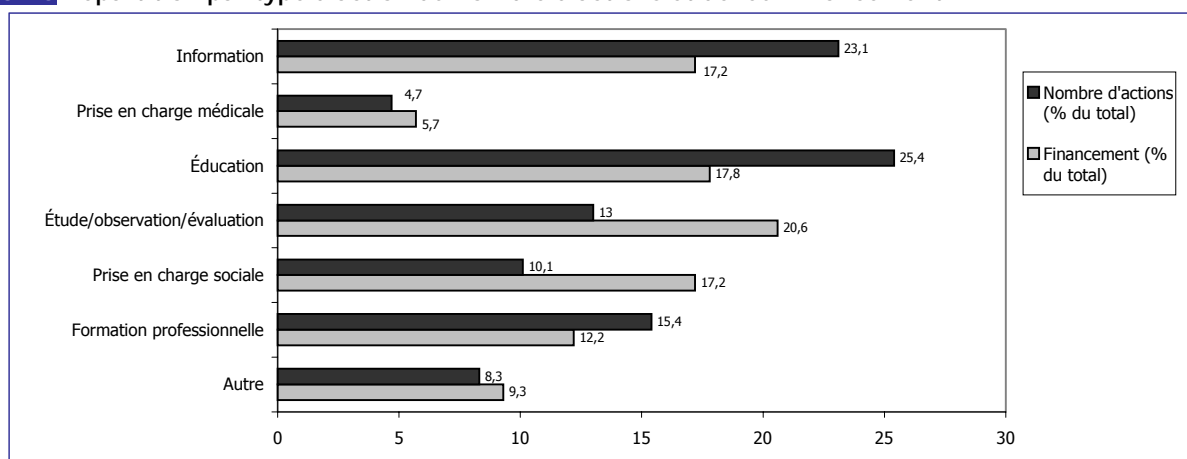
Conduites de consommation à risque

3-24 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement



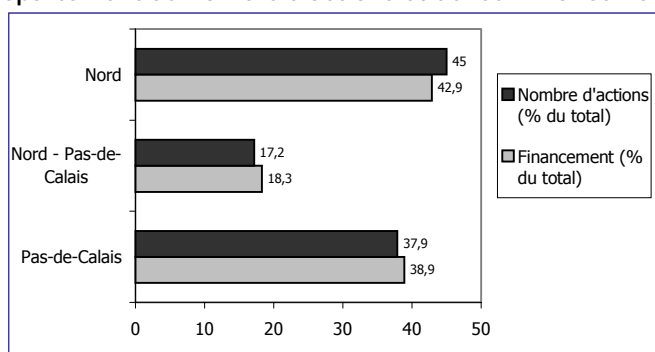
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

3-25 Répartition par type d'action du nombre d'actions et de leur financement



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

3-26 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement



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

La prise en charge des toxicomanes dans la région Nord – Pas-de-Calais

Une enquête (publiée en juin 2002) a été réalisée par la DRASS Nord – Pas-de-Calais, auprès de 3 677 toxicomanes pris en charge par l'ensemble des structures sanitaires et sociales de la région en 2000. Les résultats suggèrent l'augmentation constante du nombre de toxicomanes pris en charge dans les différentes structures régionales (établissements spécialisés, établissements sanitaires et établissements sociaux) depuis 1991 ; sachant par ailleurs qu'il existe une augmentation du nombre de structures dans la région (Figure 3-22). L'héroïne est la consommation à l'origine du recours dans une grande majorité de cas (63,8 %).

Le recours à la substitution dans le cadre de la prise en charge progresse entre 1997 et 2000 (5 points). La proportion de toxicomanes bénéficiant d'un traitement de substitution par Méthadone est l'objet d'une nette augmentation entre 1997 et 1999 (progression de près de 10 points) ; alors que la proportion de sujets bénéficiant d'une substitution par Subutex accuse une baisse de près de 5 points. Les autres types de substitution ne concernent que 1 % des toxicomanes. Ces évolutions sont d'interprétation difficile : elles peuvent dans une certaine mesure traduire soit la prise en charge de conduites toxicomaniaques plus sévères de nouveaux toxicomanes, soit la nécessité de réadaptations thérapeutiques de toxicomanes pris en charge au long cours dans les différentes structures (Figure 3-21).

Il apparaît une nette diminution de la proportion de toxicomanes séropositifs au virus VIH dans la période 1997-2000. La prévalence de toxicomanes infectés par le virus de l'hépatite C semble peu évoluer ; ceci malgré la mise en place de la politique de réduction des risques. Ce dernier constat vient conforter le peu d'effet de la politique de réduction des risques sur la prévalence du virus de l'hépatite C, dans la population toxicomane ayant recours aux différentes structures de prise en charge, observé en 1999 par l'InVS¹.

LES PROJETS RETENUS EN 2002

La mobilisation des acteurs concernés par ce PRS a été importante compte tenu du nombre de projets déposés en réponse à l'appel à projet. Le nombre de "projets-actions" retenus en 2002 est de 169. D'une manière globale, il existe une augmentation régionale du nombre d'actions par rapport à 2001. Cette augmentation concerne essentiellement les arrondissements de Boulogne-sur-Mer, Cambrai et Maubeuge. En ce qui concerne le type d'action, on constate une certaine diversité dans une majorité d'arrondissements dont celui de la métropole lilloise, de Maubeuge et de Lens ; néanmoins les arrondissements de Douai, Cambrai, Montreuil et Saint-Omer sont le sujet d'un nombre d'actions relativement moins important et bénéficient essentiellement d'actions de formation et d'éducation (Carte 27). Il est important de noter que le nombre d'actions non rattachées à un arrondissement est loin d'être négligeable, pouvant suppléer au faible nombre d'actions relevées dans certains arrondissements. En tant que porteur, les associations sont représentées dans tous les arrondissements (Carte 28).

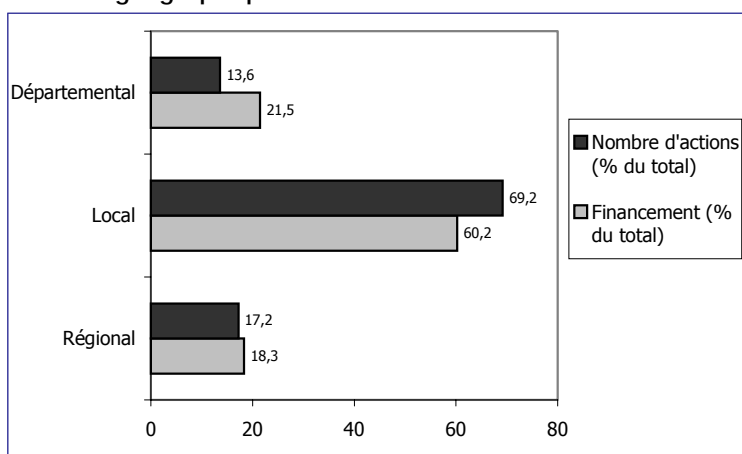
53,3 % des actions de ce PRS concernent la réduction des consommations ; elles représentent 44,5 % des financements. Près de 47 % des actions sont portées par les associations. L'éducation et l'information représentent près de la moitié des actions (respectivement 25,4 et 23,1 %), s'inscrivant dans la prévention des conduites à risque. 69,2 % des projets visent un territoire local. Les principaux financeurs d'actions dans le cadre de ce PRS sont l'État (44,4 % du financement total des actions), le Conseil régional (21,6 %) et le Conseil général du Pas-de-Calais (16,6 %). Le budget des différentes actions a été répertorié par quartiles. 17 % des actions représentent près de 48 % des financements pour ce PRS (Figure 3-23).

Les différents projets entrepris ou poursuivis cette année dans le cadre du PRS *Conduite de consommation à risque* sont renseignés quant à leur financeur, leur porteur, le type d'action qu'ils représentent, leur budget de financement et l'objectif dans lequel ils s'inscrivent. Nous avons cherché à décrire les différents objectifs cités plus haut suivant le type d'action, le financeur, le budget et le porteur ; ceci afin de mettre en évidence des caractéristiques spécifiques pour un même objectif. Cette analyse a pour objectif d'améliorer la lisibilité concernant les actions qui se profilent autour des 3 différents objectifs de ce PRS (Figures 3-24 à 3-29).

¹ http://www.invs.sante.fr/publication/sida_1101/point_ud_iv.pdf

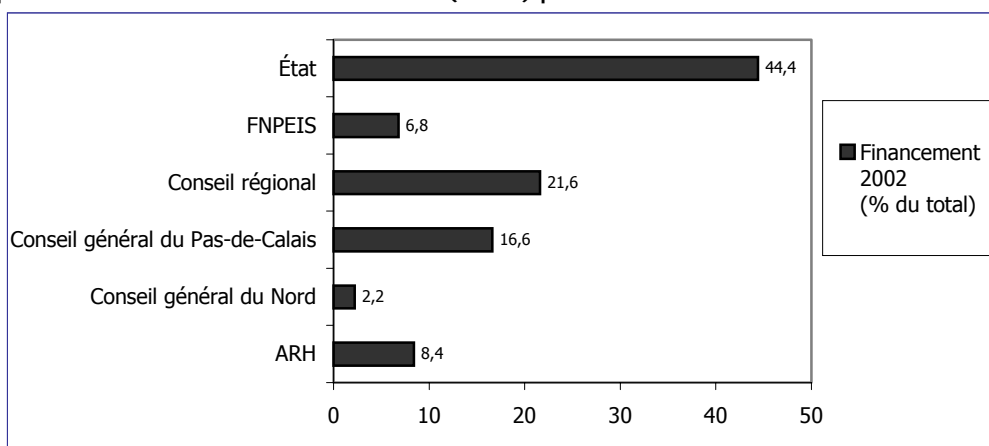
Conduites de consommation à risque

3-27 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement



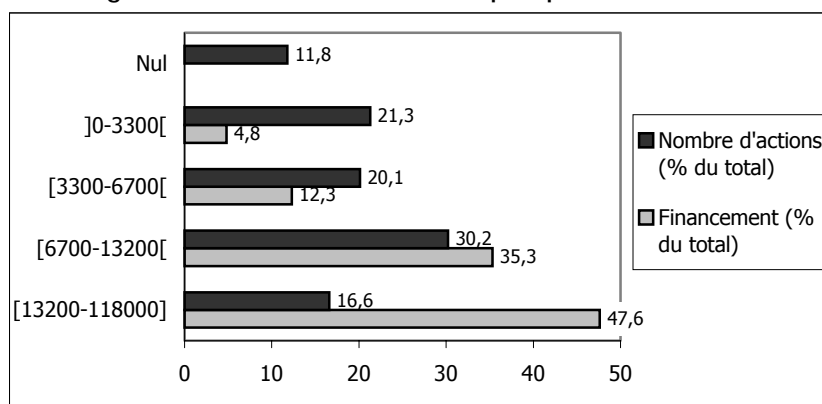
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

3-28 Répartition du financement des actions (en %) par financeur



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

3-29 Répartition du budget de financement des actions par quartile



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

Conduites de consommation à risque

L'action "Étude" est peu spécifique de la réduction de consommation, alors qu'elle paraît plus spécifique de la promotion de la recherche. Les projets qui se rapportent à la réduction des consommations sont plutôt représentés par des actions d'éducation et d'information, le budget de ces dernières se situant plutôt au niveau des deux premiers quartiles (0-3 700 euros). Ces actions sont plus souvent locales, portées par l'Éducation nationale et les organismes professionnels, et financées par les deux conseils généraux. Les actions dont l'objectif est mal défini ou qui en comprennent plusieurs sont réalisées plus rarement dans un cadre local ; le budget lorsqu'il est pris en charge par le PRS, semble relativement plus important que précédemment (dernier quartile : 13 200-118 000 euros).

L'objectif de "Réduction des dommages" comprenant plutôt des actions de formation professionnelle et d'action sociale, est plus souvent porté par des associations et financé par l'État. Les actions d'éducation semblent plutôt sous-représentées dans cet objectif : sur 43 actions éducatives, 1 était réalisée dans le cadre de l'objectif "Réduction des dommages", alors que 35 l'étaient dans le cadre de la "Réduction de la consommation". Or, il est vrai que les démarches éducatives peuvent s'avérer utiles dans le cadre d'une réduction des dommages, permettant aux individus de mieux contrôler les déterminants des comportements dommageables et de les rendre davantage acteurs de leur santé. L'implication plus importante d'une diversité de porteurs et de financeurs autour de la réduction de la consommation peut, dans une grande partie, être expliquée par l'importance du nombre d'actions dédiées à cet objectif.

Le point sur...

Les patients et l'alcool en Médecine générale

La consommation excessive d'alcool représente en France, et plus particulièrement dans notre région¹, un problème majeur de Santé Publique. En effet, une importante morbi-mortalité est liée à l'abus d'alcool, de même que de nombreux accidents de la circulation, des troubles du comportement avec agressivité et dans une certaine mesure la désinsertion sociale de certains individus.

La DRESS, l'OFDT, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité et la FNORS ont été à l'initiative d'une enquête nationale transversale concernant le comportement par rapport à la consommation d'alcool, des usagers du système de soin hospitalier et de la médecine de ville. Cette enquête a été réalisée en octobre 2000. Les différents ORS ont pris en charge la réalisation et l'exploitation des données issues de l'enquête dans leur région respective.

OBJECTIFS ET METHODOLOGIE

Les principaux objectifs sont :

- de mesurer la prévalence des comportements d'alcoolisation excessive dans la clientèle des médecins généralistes, et chez les usagers du système de soin hospitalier ;
- d'étudier le lien entre les motifs de recours aux soins et la consommation excessive d'alcool.

L'échantillon représentatif de la région Nord – Pas-de-Calais en médecine générale était constitué de 1 972 patients enquêtés par 67 médecins généralistes.

Un échantillonnage aléatoire à 2 niveaux a été réalisé. Les médecins sélectionnés ont enquêté les patients âgés de plus de 16 ans rencontrés durant 2 journées d'activité.

La population enquêtée	
Nombre de médecins participant	67
Nombre de patients enquêtés	1972
Moyenne de patients par médecin (brut)	29,4
Nombre de patients ayant accepté de répondre	1898 (96,2%)
Nombre de patients ayant refusé de participer à l'enquête	61 (3,1%)
Nombre de patients n'ayant pas participé à l'enquête par incapacité	13 (0,7%)

¹ Majed B. *Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2002 ; 93 p.

LES TROIS PROFILS DE CONSOMMATION D'ALCOOL

Les données issues du questionnaire ont permis d'identifier les patients, suivant d'une part la notion de consommations à risque, et la notion de dépendance d'autre part.

Les critères définissant une consommation à risque étaient les suivants :

- la fréquence et l'importance de la consommation d'alcool permettant de définir les consommations ponctuelles ou régulières à risque ;
- l'existence d'une consommation d'alcool problématique selon le médecin ;
- l'existence d'un test DETA positif. Le test DETA (ou CAGE) est un questionnaire composé de quatre items permettant de suspecter une consommation d'alcool abusive à partir de deux réponses positives sur quatre.

TEST DETA

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 eu déjà besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

Les critères de dépendance étaient :

- le fait de consommer de l'alcool le matin pour se sentir en forme ;
- avoir une consommation quotidienne supérieure à 7 verres ;
- l'existence de signes physiques de dépendance selon le médecin.

Ainsi, à partir des notions de consommation à risque et de dépendance, les patients ont été classés suivant trois profils de consommateurs :

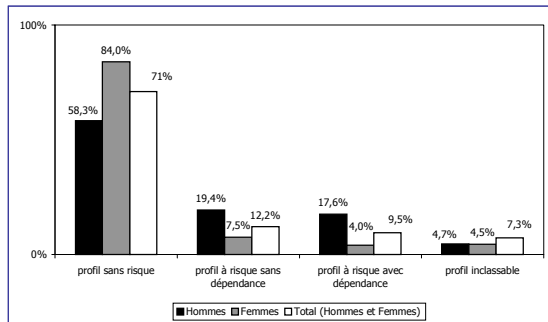
- un profil de consommation sans risque : il concernait 71 % des patients interrogés, l'intervalle de confiance à 95 % de cette prévalence était [67,5-74,2] ;
- un profil de consommation à risque sans dépendance : 12,2 % [10,2-14,6] ;

- un profil de consommation à risque avec dépendance : 9,5 % [7,6-11,7].

Certains patients n'ont pu être classés en raison de données manquantes ; ils représentaient 7,3 % de l'échantillon.

Il existe une sur-représentation des hommes dans les deux profils à risque.

Répartition des trois Profils Alcool suivant le sexe



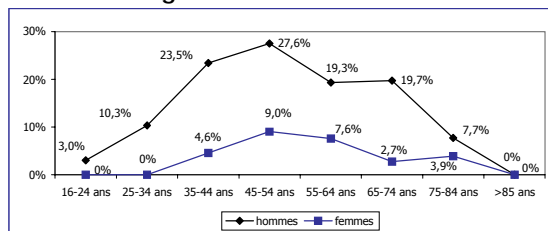
Source : ORS Nord - Pas-de-Calais.

Les patients dépendants

Les patients ayant un profil à risque avec dépendance représentent d'une manière globale près de 1 patient sur 10 dans la clientèle des médecins généralistes de la région Nord – Pas-de-Calais. Cette prévalence est la plus importante parmi toutes les régions françaises. La prévalence standardisée sur l'âge des patients dépendants représente chez les hommes de la région 15,9 % [14,3-21,3] versus 9,8 % [9,1-10,5] en France ; chez les femmes elle est de 4 % [2,7-6,0] versus 2,7 % [2,4-3,1] en France.

Les hommes sont beaucoup plus concernés par la dépendance que les femmes, notamment entre 35 et 74 ans.

Prévalence du profil à risque avec dépendance suivant l'âge et le sexe



Source : ORS Nord - Pas-de-Calais.

Les patients dépendants sont plus souvent en situation de précarité socio-économique, définie par une situation précaire par rapport à l'emploi (chômeur, emploi précaire), et par le fait d'être bénéficiaire de minima sociaux (RMI, CMU), et dans un état sanitaire plus défavorable (bénéficiaire de l'Affection Longue Durée et le fait d'être considéré par le médecin traitant en longue maladie).

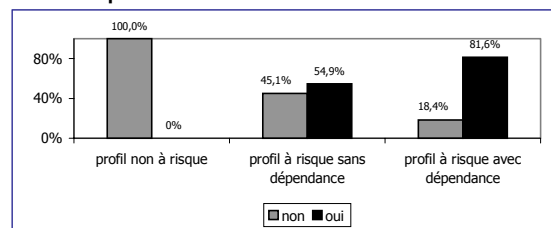
Cependant, ces différents facteurs (âge, sexe, situation par rapport à l'emploi, PCS, bénéficiaire de minima sociaux et état sanitaire), prédictifs de la consommation à risque avec dépendance, ne permettaient d'expliquer qu'en partie les disparités régionales quant à l'importance des patients dépendants à l'alcool dans la clientèle des médecins généralistes. D'autres facteurs explicatifs peuvent alors être envisagés tels que les représentations de la consommation d'alcool, l'importance du recours au soin en médecine générale des patients dépendants, l'investissement des structures spécialisées ou le type d'alcool consommé préférentiellement.

Le repérage des consommations à risque

Concernant le repérage de la consommation excessive d'alcool, cette étude montre la difficulté de définir et d'identifier les consommations à risque sans dépendance :

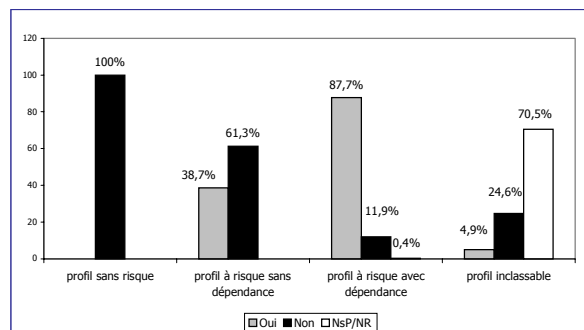
- les praticiens n'ont repéré que près de 40 % de ces patients ;
- le test DETA semble plus approprié pour la détection de l'abus d'alcool avec dépendance. Il ne tient pas compte de la consommation actuelle d'alcool.

Proportion de patients ayant un test DETA positif dans les différentes sous-populations définies par le Profil Alcool



Source : ORS Nord - Pas-de-Calais.

Proportion de patients ayant une consommation d'alcool problématique dans les différentes sous-populations définies par le Profil Alcool



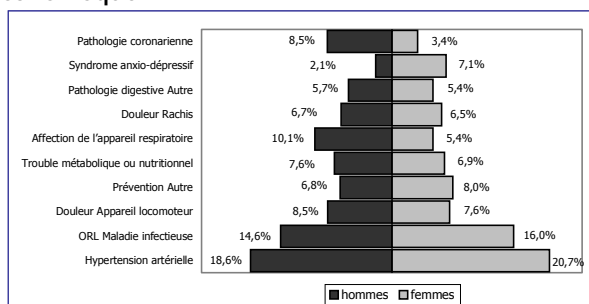
Source : ORS Nord - Pas-de-Calais.

Motifs de recours aux soins

L'hypertension artérielle apparaît comme le motif de recours aux soins en médecine générale le plus fréquent. Il concerne principalement l'adulte à partir de 45 ans. Arrivent en 2^{ème} position les pathologies infectieuses oto-rhino-laryngologiques qui concernent essentiellement les adultes jeunes. D'une manière globale, l'abus d'alcool est en 23^{ème} position.

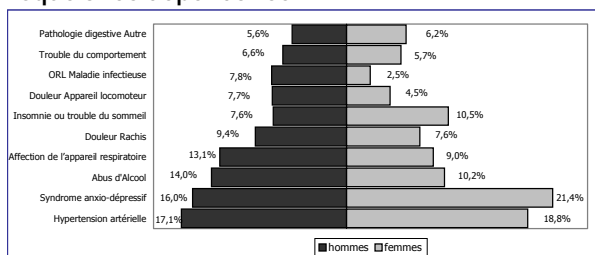
Nous avons étudié le motif de recours aux soins dans les 3 sous-populations définies par rapport au profil de consommation d'alcool. Il existe une sur-représentation des motifs liés aux troubles psychiques dans la sous-population de patients dépendants ; témoignant de la souffrance psychique de ces derniers. L'abus d'alcool, comme motif de recours aux soins, est également sur-représenté dans cette sous-population (3^{ème} position) ; alors qu'il ne concernait que 35,4 % de ces patients en tant que motif principal de recours ou de suivi.

Les 10 motifs les plus fréquents de recours aux soins des patients ayant un Profil Alcool sans risque



Source : ORS Nord - Pas-de-Calais.

Les 10 motifs les plus fréquents de recours aux soins des patients ayant un Profil Alcool à risque avec dépendance



Source : ORS Nord - Pas-de-Calais.

LA PRISE EN CHARGE

Les patients dépendants

84 % des patients ayant un profil à risque avec dépendance avaient bénéficié d'une prise en charge

(passée, en cours ou proposée) par leur médecin généraliste. Ce chiffre mis en parallèle avec la proportion de patients dépendants dont le recours aux soins est l'objet d'une consommation abusive d'alcool (en tant que motif de consultation ou de suivi) évoque une prise en charge peu suivie. Il est à noter que les patients vus pour la 1^{ère} fois représentaient 4 % de cette sous-population.

Dans 49,3 % des cas, la prise en charge par une structure spécialisée des patients dépendants est méconnue ou inexistante pour le médecin généraliste. La prise en charge, par une structure spécialisée effective (actuelle, en cours) connue par le praticien, ne concerne que 5,9 % des patients dépendants. Cette situation témoigne d'un certain manque de coordination entre les médecins libéraux et les structures spécialisées.

Les patients ayant une consommation à risque sans dépendance

Seuls 34 % des patients ayant une consommation à risque sans notion de dépendance ont bénéficié d'une prise en charge de leur médecin traitant (passée, proposée ou en cours) ; cette proportion souligne la nécessité d'un investissement plus important. Ceci est cependant à mettre en parallèle avec la difficulté de repérage de ces patients par les généralistes.

CONCLUSION

La proportion des patients en difficulté avec l'alcool est relativement importante dans la clientèle des médecins généralistes de la région Nord - Pas-de-Calais ; ces derniers sont par conséquent en première ligne pour la détection et la prise en charge des problèmes d'alcool chez ces patients.

Néanmoins, le repérage et la prise en charge des consommations abusives sans notion de dépendance pourraient être améliorés par la formation des médecins généralistes en addictologie et en alcoologie, notamment sur les acquis scientifiques les plus récents (plusieurs études anglo-saxonnes ont montré l'efficacité des interventions brèves sur la réduction de consommation des patients en difficulté avec l'alcool), la mise au point et la validation de questionnaires brefs de dépistage de la consommation abusive d'alcool ou la diffusion de messages de prévention au sein des cabinets de consultation.

Concernant les patients les plus en difficulté avec l'alcool, avec une notion de dépendance, l'investissement des médecins généralistes pourrait être plus suivi et beaucoup plus en coordination voire en réseau avec les différents acteurs pouvant peser sur les déterminants des conduites d'alcoolisation abusive ; il s'agit notamment des psychologues, psychiatres, acteurs sociaux, structures spécialisées et médecins du travail.

Le point sur...

Les territoires de la Santé

Il n'y a que fort peu de temps que les questions de Santé Publique sont passées au crible de leurs dimensions territoriales. Certes, l'exposé des diversités géographiques fit, en partie, le succès des premières études d'hygiène publique dès la fin du XIX^{ème} siècle. Mais, en France, outre quelques champs très spécifiques, ce savoir-faire disparut presque totalement des années 1930 au milieu des années 1980.

L'analyse territoriale ou spatiale est donc, avant tout, une approche dont le maniement semble récent, qu'il conviendrait de maîtriser et de savoir penser en dehors des seuls cercles universitaires et des milieux d'experts.

C'est pourquoi, cet article vise avant tout à donner, au plus grand nombre de personnes confrontées à cette *innovation*, quelques éclaircissements ainsi que quelques repères pragmatiques.

Les arrondissements, les agglomérations et les pays



POURQUOI EXISTE-T-IL AUTANT DE TERRITOIRES ?

Qu'est-ce qu'un territoire ?

C'est une partie de la surface terrestre qui correspond au périmètre d'intervention d'une institution, tant dans la sphère privée et marchande, que dans la sphère publique.

Il peut donc s'agir des 23 régions de la SNCF, des 13 régions de France-Télévision, des 3 directions commerciales de la société Total, comme dans le cas de la santé, des 16 Caisses Régionales d'Assurance Maladie, des 26 Agences Régionales de l'Hospitalisation ou Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales, etc.¹

Un territoire est donc fondamentalement différent d'un espace naturel (littoral, massif montagneux...), ou d'un espace parcouru par une personne ou une population (pour ses loisirs, son travail, etc.), parce qu'il est délimité par l'aire de compétence et de responsabilité d'une structure publique ou parapublique ou privée.

Aujourd'hui, parce que les compétences et les responsabilités des organismes en charge de la Santé Publique ont à s'exprimer concrètement et dans les régions, le grand public, comme les acteurs de santé, découvrent, avec un certain étonnement, la multiplicité des découpages territoriaux.

La diversité des territoires déconcerte le novice pour deux raisons.

En premier lieu, la complexité de l'organisation des responsabilités et des mandats dans le domaine de la Santé Publique (relativement méconnue jusqu'alors), se dessine sur les cartes et au sein de la région comme autant d'empreintes d'animaux inconnus dans le sable de l'espace régional.

En second lieu, les politiques publiques et les actions de santé ayant à se mettre en oeuvre sur le *terrain* par l'émergence de projets locaux, viennent se chevaucher, pourvues de leurs propres maillages territoriaux, aux entités extra-sanitaires (communautés urbaines, communautés de communes, d'agglomération ou de pays), dont le nombre s'est lui-aussi développé au cours des dernières années et ne cessera pas de croître à l'avenir².

Entre deux mondes (celui de la Santé Publique et celui des collectivités territoriales), entre deux façons d'appréhender la conduite de politique publique à thématique unique et sur les territoires, peuvent apparaître "*les dysfonctionnements locaux*"

¹ Benoit JM, Benoit P, Pucci D. *La France redécoupée. Enquête sur la quadrature de l'hexagone*. Paris : Belin, 1998 ; 282 p.

² Guigoux JL. *La recomposition des territoires*. Conférence inaugurale de la troisième promotion de l'Institut des hautes études de développement et d'Aménagement du Territoire. Paris, janvier 2002.

corroborés par tous les acteurs de terrain en charge de politiques publiques et de l'intérêt général. Préfets, parlementaires, élus locaux, responsables d'associations et de syndicats se plaignent de ce que, au niveau local, les conflits de compétences sont permanents"¹.

Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie



UNE INTERFACE NÉCESSAIRE

Outre les conflits d'intérêts reposant tout autant sur des motifs légitimes et, parfois, les manifestations d'une bureaucratie professionnelle (pour reprendre l'expression de Michel Crozier), ces inégalités et ces diversités territoriales ne méritent pas, en elles seules, d'être des motifs d'échec pour des politiques aussi capitales pour les populations que le sont les actions de Santé Publique.

En effet, il est désormais tout à fait réaliste et courant, de constituer des bases de données statistiques couplées avec des outils d'analyse spatiale (Systèmes d'Information Géographique), permettant de traduire, sur l'ensemble des découpages territoriaux souhaités, la totalité des informations nécessaires à la définition, la conduite, le suivi et l'évaluation des actions entreprises dans l'intérêt des populations.

C'est pourquoi, le territoire (et ses multiples délimitations) n'est pas, en lui-même, un obstacle, puisqu'il est très aisément envisageable de produire, pour l'ensemble des acteurs impliqués, les analyses dont ils ont besoin en les rapportant à leurs propres territoires de décision respectifs.

Devant le trouble et l'incompréhension que sème la diversité des cartes exposant la multiplicité des découpages administratifs, il est possible de répondre par la mise en œuvre d'une *ingénierie territoriale* légère, pourvu que celle-ci soit souhaitée.

Par ailleurs, cette approche peut, et *a minima*, apporter les réponses aux deux questions sempiternellement répétées par les acteurs de Santé Publique :

- Ne peut-il y avoir un seul découpage territorial ?
- Quel est le meilleur découpage territorial ?

¹ Ibid.

L'unicité du territoire n'est pas un objectif en soi, puisqu'elle n'implique pas que les actions d'intérêt général soient mises en échec de seul fait.

Quant au meilleur découpage territorial possible, il convient de se demander avant toute chose, s'il s'agit d'*espaces d'observation* ou de *territoires de décision*. Après, tout est affaire de savoir-faire.

Les territoires des Conseils généraux



TERRITOIRES (DE DÉCISION) ET ESPACES (D'OBSERVATION)

En France, comme dans tous les pays développés, il existe une longue liste de découpages territoriaux disponibles. Celle-ci ne se limite pas, loin s'en faut aux communes, départements et régions que l'on retrouve très couramment utilisés dans un grand nombre d'études et de publications. Ces trois entités géographiques sont, en effet, présentées comme les parties d'un tout, comme les éléments désagrégés de plus vastes territoires, sans que le motif de leur choix n'ait été clairement explicité, sans que la production d'information rapportée à ces entités administratives soit exposée en raison des besoins de décision de chacune d'entre elles.

Ainsi, une carte de la mortalité dressée pour l'ensemble de la France sur la base des zones d'emploi, comme celles que l'on trouve dans le bel atlas publié par G. Salem, S. Rican et E. Jouglas², donne-t-elle plus à voir avec une finesse et une précision accrues, que si elle avait été établie par région ou département. Mais, il ne peut s'agir dans ce cas d'une démarche réelle de territorialisation, puisque les zones d'emploi ne correspondent à aucun pouvoir de décision sanitaire ?

Le propre de la démarche de territorialisation est bien de permettre la définition et la production de choix stratégiques adaptés au territoire en question. En cela, elle relève de l'aide à la décision. Ceci implique que les éléments de diagnostic et le suivi des choix opérés soient bel et bien rapportés à ce même territoire. La territorialisation s'accommode mal d'erreurs de cadrage (ce qui est pourtant assez fréquent). Serait-il pertinent de présenter le bilan

² Salem G, Rican S, Jouglas E. *Atlas de la santé en France. Vol 1 – Les causes de décès*. Paris : John Libbey, 1999 ; 189 p.

d'activité et les projets de la SNCF en prenant comme cadre le découpage territorial de France-Télévision ? Non, les besoins d'analyse et de suivi territorial des uns ne sont pas ceux des autres.

Pour autant, il s'avère très souvent nécessaire d'élargir l'analyse, et de la décentrer vers d'autres ensembles géographiques existant *de facto*, présentant des points communs particulièrement pregnants (historiques et comportementaux par exemple).

Ainsi, est-il fréquemment nécessaire de tenir compte d'entités qui ne sont pas des territoires à part entière, mais des espaces d'observation. Qu'il existe un littoral ici et non ailleurs, qu'une frontière entre deux États se trouve ici et non là, que telle commune se trouve dans l'aire urbaine d'un pôle attractif, sont, par exemple, des faits évidents dont il convient de tenir compte lorsqu'il s'agit de territorialiser. La frontière naturelle ou internationale interdit (aujourd'hui encore) quasiment toute relation soutenue et permanente avec les projets et les populations situées au-delà ; savoir où les habitants ont le plus tendance à se rendre quotidiennement pour travailler permet d'apprécier leurs comportements spontanés lors de leurs déplacements, et de prévoir *a priori* quelle population est susceptible d'être touchée par un projet, une action, ou bénéficier d'un équipement par exemple.

Les Aires urbaines



La distinction entre territoires (de décision) et espaces (d'observation), est doublement nécessaire. Non seulement elle permet de produire des analyses faisant référence à divers phénomènes (démographie, état de santé, flux de population, etc.) tout en étant adaptées aux besoins puisque respectant leurs cadres territoriaux de décision, mais aussi permet-elle de ne pas récréer à l'envi de nouvelles entités en transformant des espaces en nouveaux territoires.

La chose a été tentée, en proposant, par exemple, de délimiter des *bassins de santé* en fonction du recours des populations à des équipements sanitaires (les établissements hospitaliers en l'occurrence)¹.

¹ Vigneron E. *Distance et santé*. Paris : PUF, 2001 ; 127 p.

Cependant les comportements de la population varient considérablement en fonction des milieux locaux, de la répartition de l'offre (de soins ou de services) dans le territoire, de la catégorie sociale et plus encore du champ ou du type de projet-santé². C'est pourquoi, il semble impossible de concevoir de nouveaux territoires de santé polyvalents convenant tout autant à la médecine de ville, aux actions de prévention, à la planification hospitalière ou encore au médico-social. Une telle volonté n'aboutirait qu'à instaurer non pas un nouveau maillage, mais, au bas mot, plus d'une dizaine d'entités spatiales, sans que par ailleurs, les territoires préexistants ne soient appelés à disparaître.

Les Bassins de vie



UN PEU DE MÉTHODE, MAIS SURTOUT DES DONNÉES DE QUALITÉ

La territorialisation appelle, pour être comprise, appliquée et efficace, quelques règles de méthode. Dans le cas où une seule structure serait susceptible de manifester un réel pouvoir de décision dans une circonscription, les choses sont assez simples. Il suffit dans ce cas qu'elle adopte sa propre territorialisation en l'accompagnant éventuellement de quelques analyses menées dans tels ou tels espaces d'observations.

Mais, dans les autres cas de figure, si les responsabilités sont multiples, ou surtout si un partenariat s'avère souhaitable ou nécessaire, il faut impérativement pouvoir exprimer et communiquer ces projets (et leurs éléments diagnostics) sur d'autres bases territoriales : celles des partenaires associés.

C'est ainsi que l'on peut éviter les risques d'une *police territoriale* (qui aboutirait à imposer un seul découpage territorial). Cette logique de *fermeture* est, en elle-même incompatible avec l'instauration d'une collaboration réelle, l'élaboration d'un dessein concret commun défini au terme d'un débat.

L'*ouverture*, lorsqu'elle est recherchée, est techniquement simple à mettre en place. Il suffit pour cela de disposer d'une base de données, organisées à la

² Lacoste O, Spinosi L. *Distance, proximité, accessibilité, attraction, et recours de la population vis-à-vis du système de soins*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2002 ; 73 p.

base à partir du plus petit commun dénominateur territorial (généralement la commune). Cette base comprend non seulement les informations utiles (nature des projets, population touchée, état d'avancement, financement, élément de suivi et d'évaluation...), mais aussi le codage des nomenclatures territoriales utilisées. En ce cas, l'exploitation de la base géocodée permet de produire les mêmes informations nécessaires en les présentant sur tel ou tel découpage territorial.

Formellement, l'existence de territoires multiples n'est pas une impasse puisqu'elle n'interdit plus - depuis la diffusion des SIG- la compatibilité des découpages, des informations, des projets et des suivis, si et seulement si, les informations sont enregistrées avec précision. La chose est courante lorsqu'il s'agit de données statistiques de diagnostics (données de l'INSEE de l'INSERM, etc.). Bien que d'étonnants progrès aient été effectués, elle est malheureusement moins systématique lorsqu'il s'agit des indicateurs décrivant les actions ou les politiques mises en œuvre.

Une base de donnée géocodée

Les Systèmes d'Information Géographiques se composent non seulement d'outils ayant une forte capacité d'analyse, mais reposent avant tout sur l'intégration de bases de données géographiques.

Le tableau ci-dessous présente une petite partie de la base SIGORS (Système d'Information Géographique de l'ORS).

Pour la première commune (Lille) et la dernière commune (Guinecourt) en nombre d'habitants, sont présentés les différents codages géographiques intégrés dans la base. Les tris et les analyses des informations enregistrées par commune sont accessibles aux échelles des :

- Départements ;
- Cantons ;
- Arrondissements
- Codes postaux ;
- Secteurs sanitaires ;
- Bassins de vie ;
- CPAM ;
- Etc.

	Lille	Guinecourt
Code de la commune	59350	62396
Département	59	62
Code canton	5992	6243
Code Arrondissement	5905	6201
Code postal	59000	62130
Secteur sanitaire	Arras	Métropole
Bassin de vie	Métropole	Artois
CPAM	Lille	Arras
Secteur Conseil général	Lille	Hesdin-Saint Pol
Code aire urbaine	Lille	Commune rurale Arras
Aire urbaine	Lille	-
Type de commune	Pôle urbain	Rurale
Contrat d'agglomération	Métropoleilloise	Aucun contrat
Commune "politique Ville"	Oui	Non
Population 1999	184647	16
Superficie	2538	230
Densités de population	7279	6,5

COMPATIBILITÉ, FONGIBILITÉ, INTERMINISTÉRIALITÉ, TRANSVERSALITÉ.

Fondamentalement, tous les découpages territoriaux sont compatibles entre eux. Outre quelques rares exceptions marginales, la multiplicité des territoires n'induit pas d'obstacles majeurs dans l'action publique.

A l'heure où la fongibilité des enveloppes budgétaires est de plus en plus évoquée, ceci signifie par exemple qu'il serait par conséquent possible de suivre les effets d'un transfert d'allocation depuis le domaine du soin (et ses territoires actuels) vers le champ de la prévention (dont la base territoriale est encore à construire ou à expliciter).

La compatibilité territoriale ouvre aussi d'autres portes. Puisqu'il s'agit aujourd'hui d'amener de plus en plus de partenaires, venant de domaines aussi divers que l'éducation, la culture, les politiques de la Ville, etc. à la conduite d'une politique de santé publique, ceci signifie là encore, qu'il est possible de présenter à chacune de ces structures, dans le cadre de leur propre territorialisation, les effets atteints de leur propre participation. Pour les seuls services de l'État par exemple, il est donc envisageable de concevoir des actions interministérielles dont la mise en place et le suivi puissent se fonder, non pas sur un, mais bien sur chacun de leurs découpages. La chose est tout aussi concevable de et vers les différentes collectivités territoriales, les communautés d'agglomération, des Pays, les intercommunalités.

L'enjeu d'une territorialisation ouverte est grand. Il conditionne sans doute en partie la reconnaissance des interventions de Santé Publique à l'échelle des régions. L'enjeu majeur de la Santé Publique est sans doute, pour ce qui est des territoires et de ses intentions, de rompre avec son enfermement, en passant d'un état de *closed community* à celui d'*open field*¹.

¹ Article publié dans les numéros 169 et 170 de *Contact Santé*.



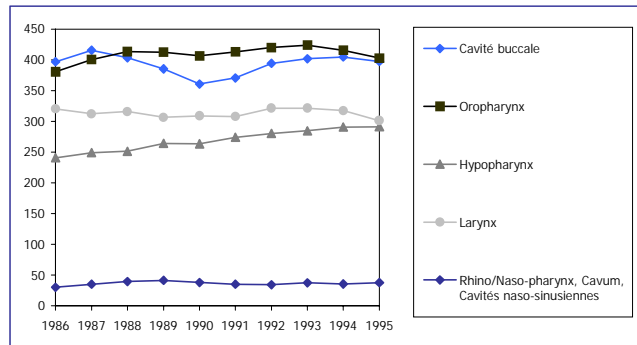
Cancers

LES INDICATEURS DE CONTEXTE	83
- L'incidence	83
Le registre des cancers des VADS du Nord et du Pas-de-Calais	83
Les données de l'Assurance maladie	83
- La mortalité	85
Méthodologie	85
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	87
Tumeurs malignes des VADS	87
Tumeurs malignes du sein chez les femmes	89
Tumeurs malignes de l'utérus	89
Tumeurs malignes de l'intestin	89
Tumeurs malignes de la prostate	91
En résumé	91
- Les facteurs de risque	91
- Prévention et dépistage	93
Résultats de l'enquête de l'ORS Nord – Pas-de-Calais	93
Données statistiques des activités de dépistage du cancer du sein dans le Nord	93
LES PROJETS RETENUS EN 2002	94
Le point sur...	
... L'évolution de la mortalité par cancer entre 1979 et 1999, dans le Nord – Pas-de-Calais	97

Cartes [23](#), [24](#), [35](#), [37](#), [38](#), [39](#)

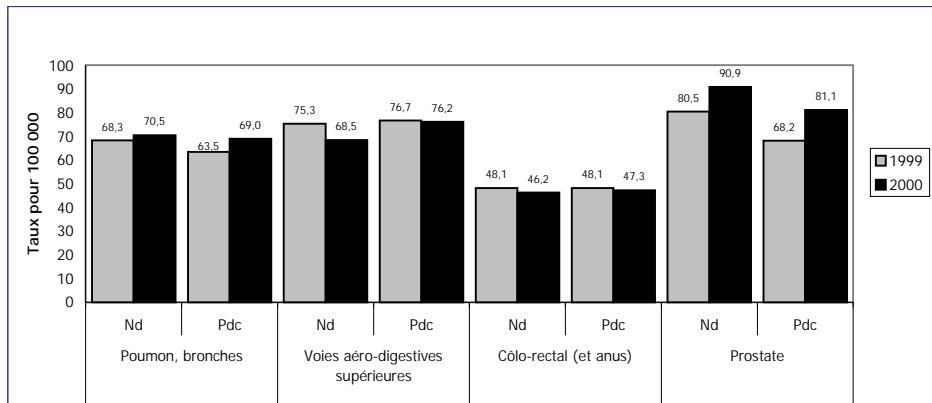
Cancers Challenge

4-1 Évolution du nombre moyen annuel* de nouveaux cas de cancers des Voies AéroDigestives Supérieures (VADS) selon leur localisation, dans le Nord – Pas-de-Calais



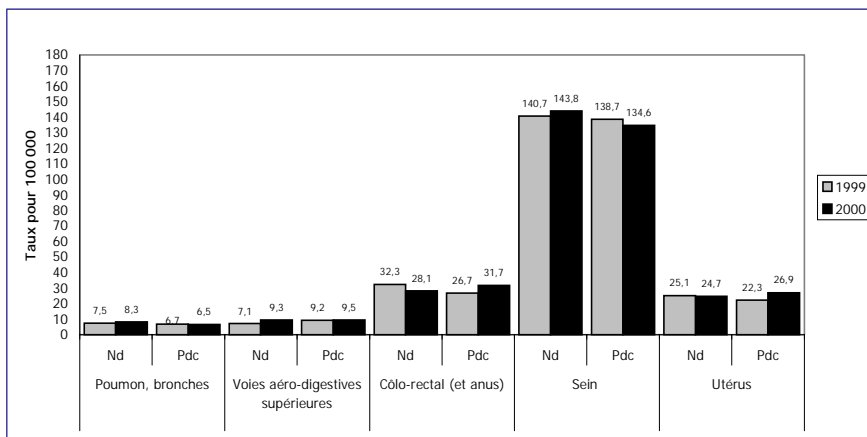
*Afin d'atténuer les fluctuations annuelles du nombre de nouveaux cas, nous avons choisi de calculer une moyenne mobile centrée sur trois années.
Source : Registre des cancers des voies aérodigestives du Nord – Pas-de-Calais.

4-2 Incidence des entrées en Affection de Longue Durée (ALD-30) pour cancer chez les hommes, dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1999 et 2000 (taux pour 100 000, standardisés sur la population européenne)



Nd : Nord ; Pdc : Pas-de-Calais.
Source : Registre des services médicaux du régime général d'Assurance maladie, de l'AMPI, de la MSA et des Mines.

4-3 Incidence des entrées en Affection de Longue Durée (ALD-30) pour cancer chez les femmes, dans le Nord – Pas-de-Calais en 1999 et 2000 (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.

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. De plus, la région présente une mortalité plus forte (voire beaucoup plus forte) que la moyenne française, en particulier pour certaines localisations comme les cancers du poumon et des voies aérodigestives supérieures chez l'homme. C'est pourquoi, dès sa première réunion en 1996, la Conférence Régionale de Santé a retenu les cancers comme l'un des thèmes prioritaires d'action. Ceci s'est concrétisé dès l'année 1997 par la mise en place d'un Programme Régional de Santé concernant les cancers intitulé Challenge.

4 objectifs généraux avaient été fixés pour la première période de 3 ans (1999-2001) et ont été redéfinis en 2002 pour 5 années. Il s'agit de :

- Gagner des années de vie en réduisant les mortalités prématurées

par la prévention, le dépistage, les soins et l'accompagnement, en rapport d'abord avec les 5 cancers dominants : poumon, sein, colon-rectum, voies aérodigestives supérieures, voies uro-génitales ;

- Améliorer la qualité de vie des personnes malades et de leur entourage

en mettant l'accent particulièrement sur les droits des malades, la prise en charge notamment à domicile, la réinsertion, le soulagement de la douleur, la diffusion des soins continus ;

- Favoriser un accès égal pour tous aux dispositifs

selon les territoires ou en raison de situations psychologiques, socio-économiques précarisées ou géographiques ;

- Faire évoluer les mentalités

face au cancer, par le développement d'une culture commune.

Sur le plan opérationnel, l'orientation des actions a également été redéfinie selon les 7 domaines suivants :

- Préventions et cancers, en lien avec d'autres Programmes Régionaux de Santé

les objectifs majeurs pour ce thème visent à agir dans la durée, partir de la population et soutenir les initiatives ;

- Repérage précoce des cancers - Dépistage

il s'agit de généraliser le dépistage du cancer du col de l'utérus, du sein et du colon-rectum ;

- Qualité des soins – Droit du malade

l'objectif étant ici d'améliorer la prise en charge et la participation des personnes souffrant de cancer aux différents stades de la maladie ;

- Réinsérer les malades atteints de cancers

en s'adaptant aux différents publics de malades, en contrats de travail ou demandeurs d'emploi ;

- Soins continus et accompagnement

il s'agit d'assurer la continuité des soins des personnes gravement malades, d'accompagner les familles pendant la maladie et après le décès ;

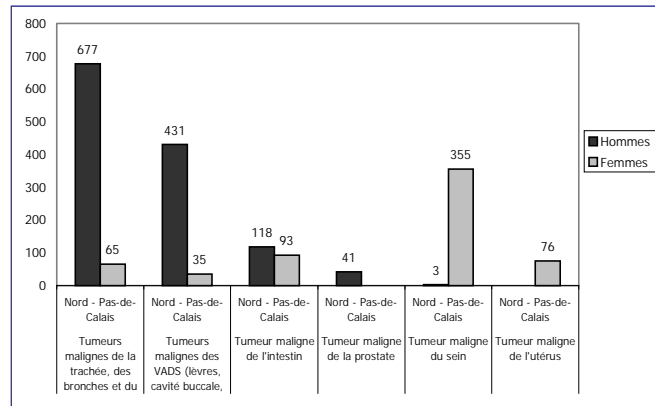
- Formations initiales en Cancérologie

les objectifs consistent à recentrer conjointement les formations initiales des principales professions ;

- Informations et recherches en sciences humaines et sociales.

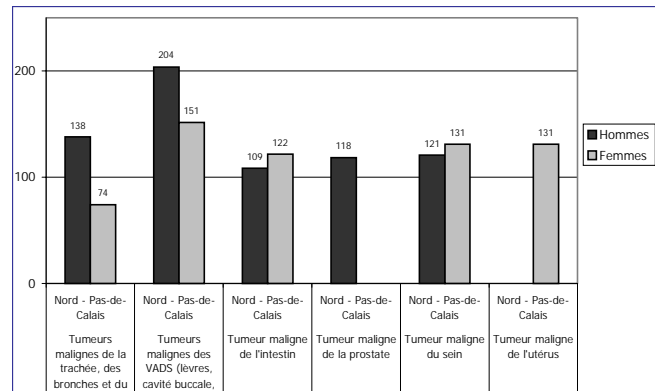
Cancers Challenge

4-4 Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1997-1999



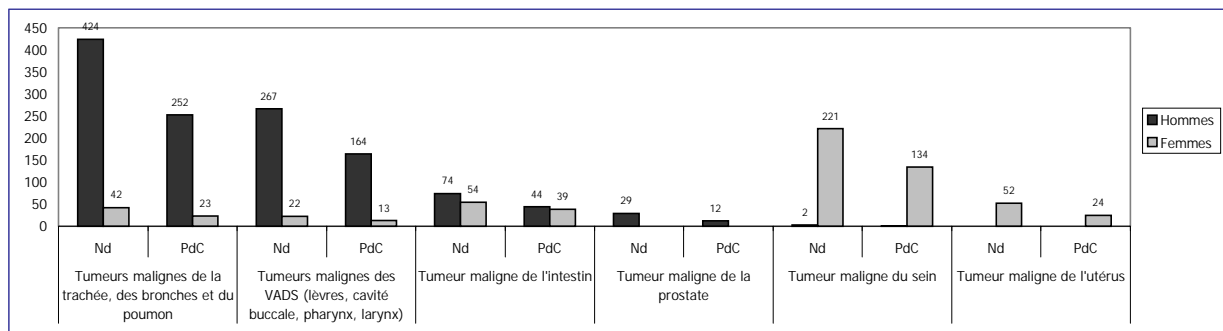
Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

4-5 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1997-1999



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

4-6 Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, par département, en 1997-1999



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

LES INDICATEURS DE CONTEXTE

L'incidence

L'incidence d'une maladie se définit comme le nombre annuel de nouveaux cas de cette maladie. D'après les données de 1985, établies sur les estimations régionales du réseau français du registre des cancers¹ (Francim) et les résultats 1995, obtenus à partir de projections des données Francim de 1992, le Nord – Pas-de-Calais comptait en 1985, 8 231 nouveaux cas de cancer chez les hommes et 5 974 chez les femmes. 10 ans après, ces chiffres sont passés à 10 322 nouveaux cas chez les hommes et à 7 562 nouveaux cas chez les femmes².

Il n'existe pas dans le Nord – Pas-de-Calais de registre général des cancers. Cependant, depuis 1985 un registre des cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), a été mis en place au niveau régional. Par ailleurs, dans le cadre du Programme Régional de Santé **Challenge**, pour tenter de suppléer au manque de données d'incidence régionale, une estimation de l'incidence des cancers a été réalisée à partir de l'exploitation des données issues de l'Assurance maladie portant sur les Affections de Longue Durée (ALD-30).

Le registre des cancers des voies aérodigestives supérieures du Nord et du Pas-de-Calais

En 1984, la région Nord – Pas-de-Calais s'est dotée d'un registre visant à recueillir chaque année auprès des spécialistes ORL et des laboratoires d'analyse du Nord et du Pas-de-Calais, les cas diagnostiqués comme cancers des voies aérodigestives supérieures. La gestion de ce registre est assurée par le Centre Oscar Lambret.

Entre 1985 et 1996, 16 982 nouveaux cas de cancers des voies aérodigestives ont été enregistrés³.

La Figure 4-1 a été réalisée à partir de l'analyse des données de ce registre et présente l'évolution du nombre moyen annuel de nouveaux cas de cancers des voies aérodigestives supérieures pour les 6 localisations anatomiques suivantes :

- cavité buccale ;
- oropharynx ;
- hypopharynx ;
- larynx ;
- rhino-pharynx - naso pharynx - cavum ;
- cavités naso-sinusiennes.

Ces statistiques concernent l'ensemble des localisations cancéreuses. Certains patients dont les localisations sont multiples apparaissent plusieurs fois. Entre 1985 et 1996, les cancers pour ces 6 localisations représentent en moyenne 1 415 nouveaux cas chaque année. Les localisations les plus fréquentes sont l'oropharynx (29 % des cas), la cavité buccale (28 % des cas) et le larynx (22 % des cas).

Les données de l'Assurance maladie

Ces données concernent les affections longue durée (ALD-30) reconnues par les services médicaux des 4 régimes (général, mines, agricole, professions indépendantes). Elles sont traitées par le régime général sous l'autorité d'une cellule pluridisciplinaire.

Le caractère médico-social de la demande de prise en charge pour affection de longue durée représente un biais en soi, favorisant une sous-estimation de l'incidence. En effet, certains patients ne font pas la demande de prise en charge en affection longue durée pour un cancer, soit parce que cette demande a déjà été faite à un autre titre (affection cardiaque), soit parce que le patient ne fait pas valoir ses droits.

Ainsi, pour l'ensemble des régions françaises, les estimations d'incidence des cancers (Francim) sur la période 1993-1995 sont supérieures au nombre d'affections longue durée déclarées d'environ 30 % chez les hommes et d'environ 20 % chez les femmes².

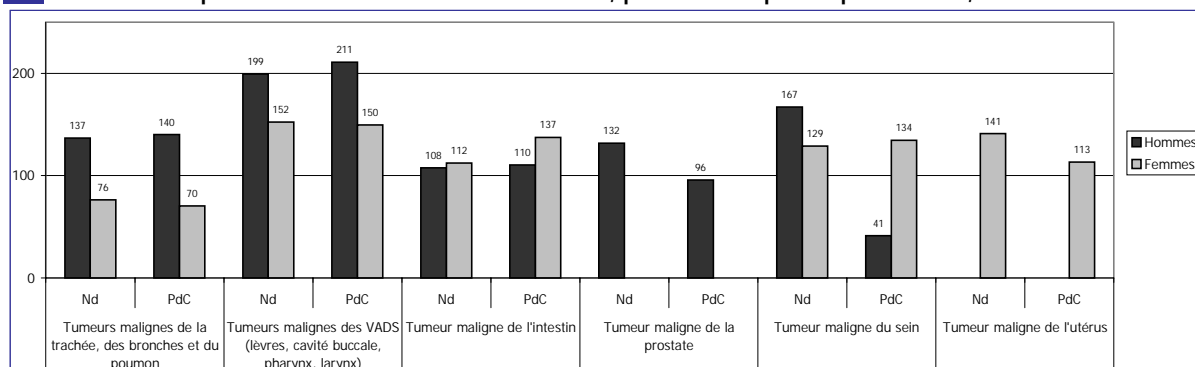
¹ Incidence du cancer en France : estimations régionales 1985-1995. Francim, 1999 ; 51p.

² Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé. *La santé observée dans les régions de France : les cancers*. Paris : mai 2001 ; 13 p.

³ Poirier G, Lacoste O. *Analyse du registre des cancers des voies aérodigestives supérieures du Nord et du Pas-de-Calais*. Lille : Observatoire Régional de la Santé du Nord – Pas-de-Calais, 1999 ; 18 p.

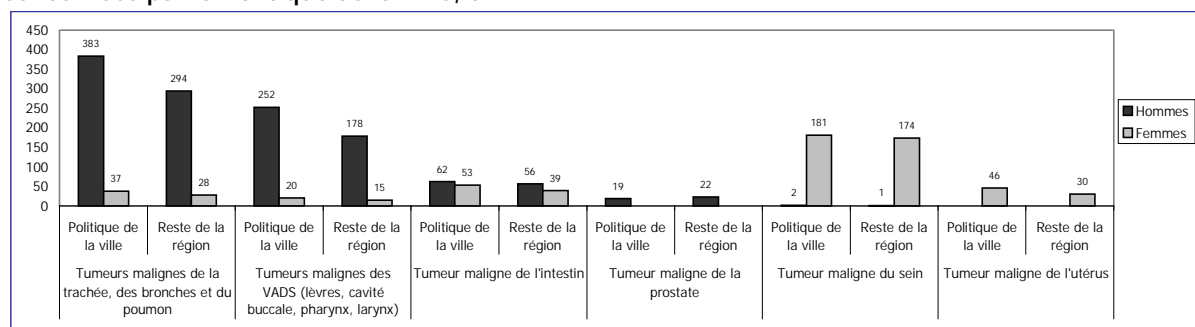
Cancers Challenge

4-7 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe et par département, en 1997-1999



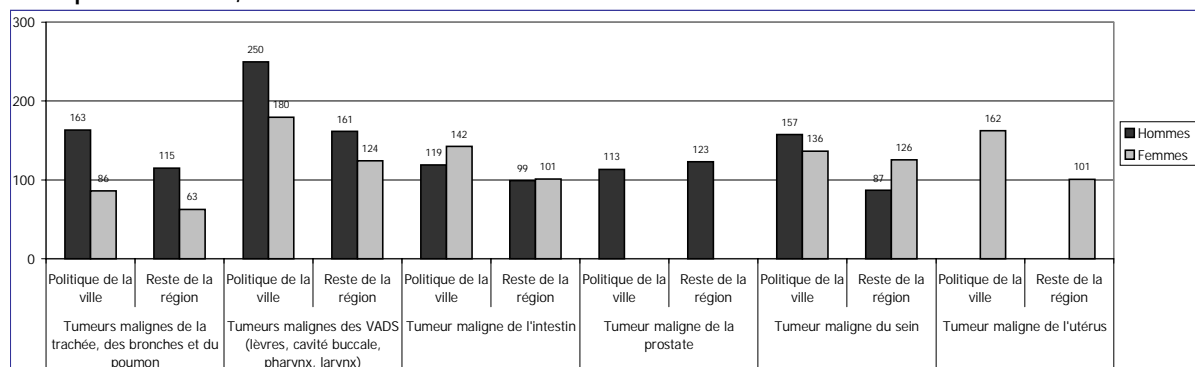
Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

4-8 Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1997-1999



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

4-9 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1997-1999



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

Cancers Challenge

Les Figures 4-2 et 4-3 présentent pour 6 localisations de tumeurs, les résultats extraits de la publication présentant l'incidence des cancers en 1999 et en 2000¹.

Les taux présentés dans chacune des figures sont des taux d'incidence standardisés sur une population-type européenne et sont exprimés pour 100 000 personnes. Les taux standardisés d'incidence portant sur l'année 1998² ont déjà été présentés dans le *Moniteur 2001*. Toutefois, leur dénominateur correspondait à la population régionale recensée en 1990. Concernant les années 1999 et 2001, les taux standardisés d'incidence présentés ont cette fois-ci été calculés sur la base du dernier recensement de la population de mars 1999. L'interprétation de l'évolution chronologique des résultats demeure pour l'instant limitée car nous ne disposons que de deux années d'observation comparables.

Les entrées en ALD pour cancer du sein sont très largement dominantes dans la région, avec des taux d'incidence variant entre 134,6 et 143,8 pour 100 000 selon le département et l'année.

Chez les hommes, les 3 localisations principales sont le poumon et les bronches, les voies aérodigestives supérieures et la prostate. Pour les 2 premières localisations, il existe une sur-morbidité masculine marquée (de 8 à 13 fois plus de prise en charge chez les hommes).

La mortalité

Le Nord – Pas-de-Calais apparaît comme une région où la mortalité prématurée est plus élevée (voire beaucoup plus élevée), que la moyenne nationale. Réduire cette mortalité est l'une des priorités définies dans le PRS **Challenge**. Aussi, afin d'aider les acteurs de la santé à mieux identifier les besoins locaux de la population en matière de santé, depuis maintenant 2 ans, le *Moniteur des Programmes Régionaux de Santé* présente les résultats de la mortalité prématurée par département, arrondissement, mais aussi suivant que les décès aient eu lieu ou non dans l'une des 157 communes concernées par la Politique de la Ville.

Méthodologie

Les indicateurs ont été mis à jour à partir des dernières données de mortalité de l'année 1999 diffusées par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'INSERM.

La mortalité présentée ici concerne les décès à tout âge et surtout les décès survenant avant 65 ans qui, compte tenu de l'espérance de vie à la naissance en France (75 ans chez les hommes et 82,5 ans chez femmes en 1999), sont considérés comme prématurés (donc évitables) et apparaissent de ce fait plus adaptés pour évaluer les besoins en matière de prise en charge, de dépistage et de prévention.

Dans le Nord - Pas-de-Calais, le nombre de décès prématurés par tumeurs cumulés, sur les années 1997, 1998 et 1999, s'élevait à 7 445 cas chez les hommes et 3 268 cas chez les femmes ; représentant ainsi 38,1 % de l'ensemble des décès prématurés masculins et 39 % des décès prématurés féminins. Sur la même période, en France métropolitaine, ces proportions étaient de 36,3 % chez les hommes et 43,7% chez les femmes.

Deux indicateurs ont été retenus pour décrire la mortalité territoriale de la région Nord – Pas-de-Calais : le nombre annuel moyen de décès survenus avant 65 ans et l'Indice Comparatif de Mortalité des moins de 65 ans.

Principe de calcul de l'Indice Comparatif de Mortalité (ICM) avant 65 ans

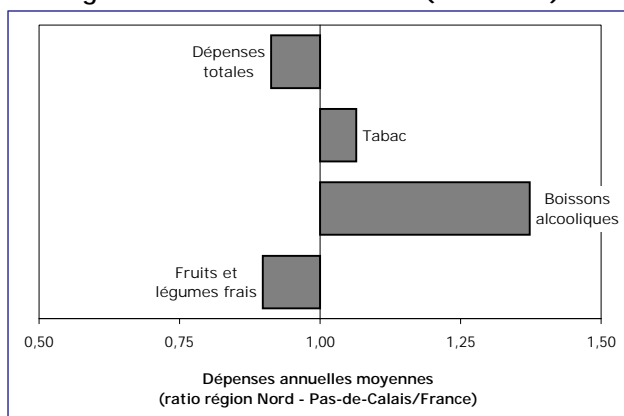
Cet indicateur permet de comparer le niveau de mortalité de différentes zones géographiques sans que cette comparaison ne soit faussée par la différence de structure par âge de leur population. Il est calculé par la méthode de la standardisation indirecte qui consiste à utiliser la mortalité d'une population de référence, ici la France Métropolitaine. Cet indice résulte du rapport entre le nombre de décès observés au sein d'une zone géographique et le nombre de décès que l'on obtiendrait en appliquant à la population de cette zone les taux de mortalité par âge de la France. Ces ratios sont multipliés par 100 et calculés indépendamment pour chaque sexe. Un indice de 100 indique que la mortalité de la zone géographique est de même intensité que celle de la France métropolitaine, un indice de 130 signifie une mortalité supérieure de 30 % à la mortalité nationale, un indice de 90, une mortalité inférieure de 10 %.

¹ PRS Cancers "Challenge". Le cancer dans le Nord – Pas-de-Calais incidence 1999 – 2000. Données issues de l'Assurance maladie. Volume 4, avril 2002, 111 p.

² Théis D. Le cancer dans le Nord – Pas-de-Calais incidence 1998. Données issues de l'Assurance maladie. Analyse complémentaire. PRS Cancers "Challenge". Volume 2, janvier 2001, 67 p.

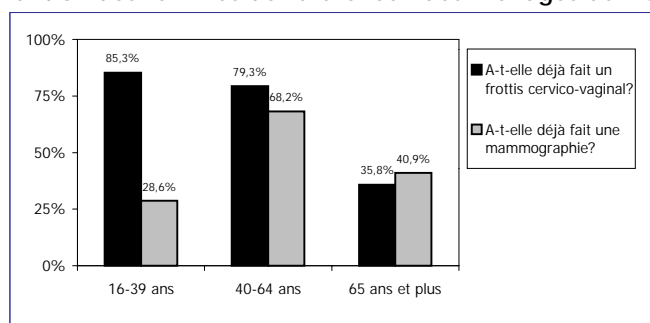
Cancers Challenge

4-10 Consommation des ménages du Nord - Pas-de-Calais (France=1)



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

4-11 Habitudes de prévention des femmes de référence* des ménages du Nord - Pas-de-Calais



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

Source: Enquête sur les représentations, habitudes et comportements de la population vis-à-vis du système de soins. ORS Nord - Pas-de-Calais, 1998.

4-12 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*	247532	247532	247532	247532	303428
Population invitée cumulée***	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

***Effectif corrigé

Source: Association pour le Dépistage du Cancer du Sein dans le département du Nord (ADCSN)

Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon

Ce type de cancer est, de très loin, la première cause de mortalité masculine par tumeur en France et dans le Nord – Pas-de-Calais. Entre 1997 et 1999, les tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon ont provoqué en moyenne à tout âge, le décès de 1 665 hommes et de 201 femmes ; soit 25,9 % des décès masculins par tumeurs et 5 % des décès féminins par tumeurs.

40,6 % des décès masculins dus à ce type de tumeur surviennent avant 65 ans et représentent plus d'un quart (27,3 %) des décès prématurés par tumeur et 10,4 % de l'ensemble des décès prématurés.

Parmi les décès prématurés, la part des décès par tumeur liés à cette localisation anatomique est nettement plus réduite chez les femmes (6 %).

Chez les hommes, l'Indice Comparatif de Mortalité prématurée indique une mortalité régionale dépassant de 38 % celle de la France métropolitaine (Figure 4-5). En revanche, celui des femmes s'élève à 74, indiquant ainsi une mortalité inférieure de 26 % à la mortalité nationale.

La surmortalité masculine régionale provient sans doute d'une exposition des hommes aux facteurs de risque responsables de cette maladie (tabac, exposition professionnelle) plus importante dans la région qu'en France. En effet, les résultats issus de l'enquête de l'INSEE sur le budget des familles (Figure 4-10) indiquent qu'en 1995 les ménages vivant dans le Nord – Pas-de-Calais dépensaient en moyenne davantage (+6 %) en consommation de tabac qu'un ménage moyen français, alors que leurs dépenses totales moyennes étaient en revanche inférieures au niveau national (-9 %).

Dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais (Figure 4-7), la valeur des Indices Comparatifs de Mortalité prématurée des hommes demeure très proche du niveau régional (respectivement 137 et 140). Pour les femmes, l'Indice Comparatif de Mortalité prématurée est de 70 dans le Pas-de-Calais, marquant ainsi une sous-mortalité féminine particulièrement nette (-30 %) dans ce département par rapport à la France.

D'après les cartes présentant les Indices Comparatifs de Mortalité prématurée par arrondissement (Cartes 23 et 24), seuls les arrondissements de Valenciennes (ICM prématurée de 34,6) et de Dunkerque (ICM prématurée de 54,4) indiquent chez les femmes une mortalité prématurée significativement plus basse que celle de la France. Dans le département du Pas-de-Calais, seuls 2 arrondissements se caractérisent par une sous-mortalité prématurée féminine significative. Il s'agit des arrondissements de Béthune (ICM prématurée de 41,7) et d'Arras (ICM prématurée de 48,3).

Chez les hommes, quel que soit l'arrondissement, les Indices Comparatifs de Mortalité prématurée dont les résultats sont significatifs, indiquent tous des valeurs supérieures au niveau national. Celles-ci s'échelonnent de 123 (arrondissement de Douai) pour le niveau le moins élevé, à 177 (arrondissement de Lens) pour le niveau le plus élevé. Outre l'arrondissement de Lens, les arrondissements de Béthune et de Valenciennes connaissent aussi une situation défavorable, se traduisant par une mortalité supérieure de 50 % à celle de la France.

L'Indice Comparatif de Mortalité prématurée calculé à partir des décès des personnes domiciliées dans les communes concernées par la Politique de la Ville (Figure 4-9) est uniquement significatif chez les hommes pour lesquels la mortalité prématurée est de 63 % supérieure à celle de la France, et dépasse aussi nettement le niveau régional.

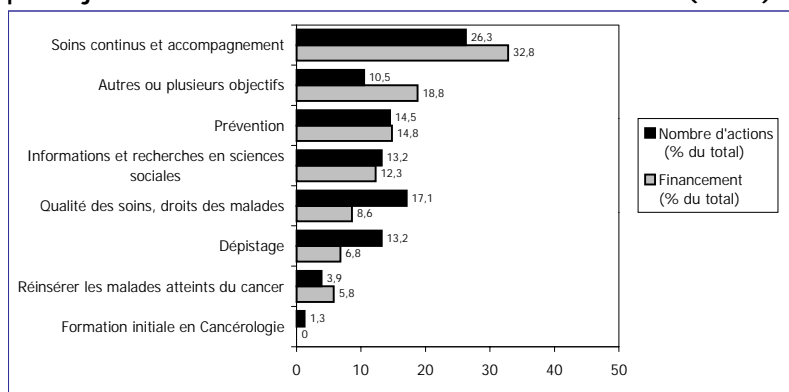
Tumeurs malignes des voies aérodigestives supérieures (lèvres, cavité buccale, pharynx et larynx)

Dans la région Nord – Pas-de-Calais, sur la période 1997-1999, les tumeurs malignes des voies aérodigestives supérieures sont à l'origine de 662 décès annuels moyens chez les hommes de tout âge. Pour ce type de tumeur, pratiquement deux tiers (65 %) des décès masculins interviennent avant 65 ans. Par ailleurs, c'est la seconde cause de mortalité par tumeur (17,4 %) après le cancer de la trachée, des bronches et du poumon, chez les hommes âgés de moins de 65 ans, et représente aussi 6,6 % de l'ensemble des décès prématurés. Par contre, les femmes demeurent moins touchées par ce type de cancer (1,6 % de l'ensemble des décès féminins par tumeurs, et 3,21 % des décès prématurés féminins par tumeur).

L'Indice Comparatif de Mortalité prématurée régional indique une surmortalité très marquée chez les hommes, dépassant de 104 % le niveau national. Ce surcroît de décès prématurés est aussi observé chez les femmes (+51 %). Les consommations de tabac et d'alcool apparaissent comme les facteurs de risque principalement responsables de ce type de tumeurs. Nous avons vu pour la localisation précédente (tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon) une sur-dépense régionale des ménages en consommation de tabac. D'après la même enquête, les ménages du Nord – Pas-de-Calais dépensent en moyenne chaque année 558,73 euros (3 665 FF) en consommation de boissons alcoolisées, soit 37 % de plus qu'une famille française moyenne (Figure 4-10) ; ce qui renforce l'idée d'une surexposition des populations régionales à ces facteurs de risque.

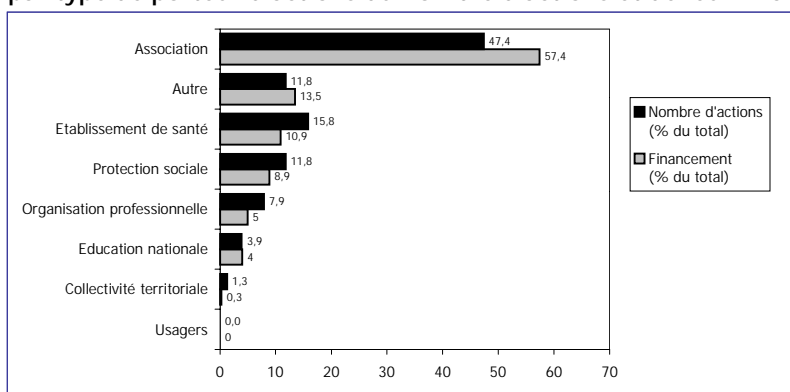
Cancers Challenge

4-13 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement (en %)



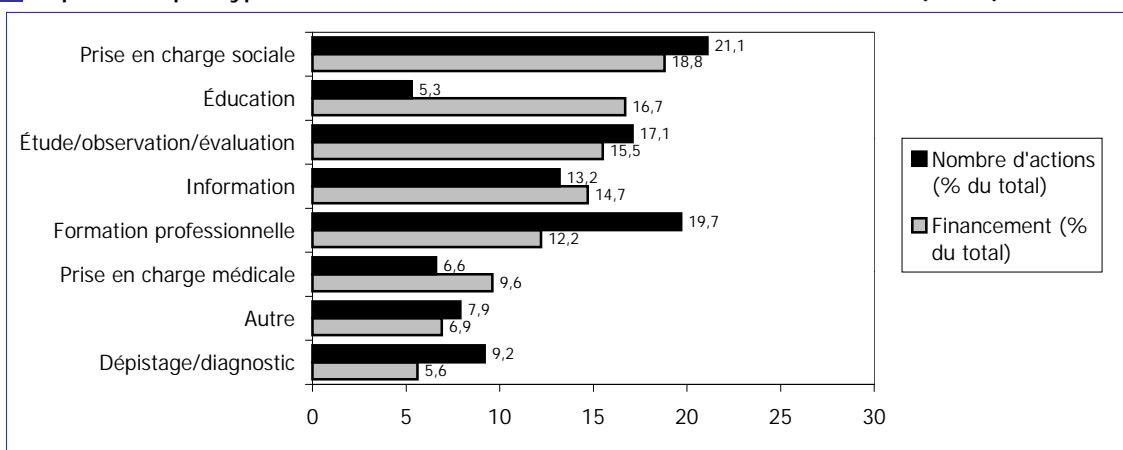
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

4-14 Répartition par type de porteur d'actions du nombre d'actions et de leur financement (en %)



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

4-15 Répartition par type d'action du nombre d'actions et de leur financement (en %)



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

Cancers Challenge

Cette surmortalité régionale se retrouve au niveau départemental (Figure 4-7). Elle est quasiment équivalente chez les femmes vivant dans le département du Nord ou du Pas-de-Calais avec des Indices Comparatifs de Mortalité prématurée respectivement de 152 et de 150. Chez les hommes habitant le Pas-de-Calais, la mortalité prématurée dépasse de 111 % le niveau national.

Au niveau territorial, chez les femmes, seuls les Indices Comparatifs de Mortalité prématurée des arrondissements de Béthune (218) et de Lille (245) indiquent des niveaux significativement supérieurs à la moyenne nationale ; aussi n'avons-nous pas jugé utile de réaliser une carte pour ce sexe.

Chez les hommes (Carte 35), quel que soit l'arrondissement, les Indices Comparatifs de Mortalité prématurée indiquent tous une surmortalité située entre plus de 45 % pour la valeur la plus basse (arrondissement de Saint-Omer) et plus de 172 % pour la valeur la plus élevée (arrondissement de Lens). Notons que 9 arrondissements connaissent une mortalité prématurée dépassant de 100 % le niveau national.

Enfin, les indices de mortalité prématurée propres à l'ensemble des communes impliquées dans la Politique de la Ville sont aussi très élevés avec des ICM de 250 (+150 %) chez les hommes et de 180 (+80 %) chez les femmes (Figure 4-9).

Tumeurs malignes du sein chez les femmes

Entre 1997 et 1999, ce type de cancer est la première cause de décès par tumeur chez les femmes tant au niveau national que régional. A tout âge, cette cause de mortalité est responsable de près d'un quart (21,3 %) des décès féminins par tumeur, soit 851 décès en moyenne chaque année.

La part des décès prématurés féminins pour ce type de cancer s'élève à 41,7 %. Cette maladie est par ailleurs responsable de 32,6 % des décès prématurés féminins par tumeur.

La région Nord – Pas-de-Calais se caractérise par une surmortalité prématurée du cancer du sein supérieure de 31 % au niveau national.

Sur le plan départemental (Figure 4-7), la tendance des Indices Comparatifs de Mortalité prématurée s'écarte peu de la tendance régionale avec un indice de mortalité prématurée de 129 dans le département du Nord et de 134 dans le Pas-de-Calais.

Au niveau des arrondissements (Carte 39), les Indices Comparatifs de Mortalité prématurée dont les résultats sont statistiquement significatifs, indiquent tous une surmortalité par rapport à la France qui s'échelonne entre plus de 26 % dans l'arrondissement de Lille à plus de 53 % dans l'arrondissement de Calais.

L'ensemble des communes concernées par la Politique de la Ville se caractérise aussi par une surmortalité par décès précoces de 36 % supérieure à celle de la France (Figure 4-9).

Tumeurs malignes de l'utérus

Pour les années 1997-1999, les tumeurs malignes de l'utérus apparaissent comme la 5^{ème} cause de mortalité régionale par tumeur. En moyenne 240 femmes de tout âge en meurent chaque année. Ce type de tumeur représente 7,0 % des décès prématurés par tumeur.

Dans la région Nord – Pas-de-Calais, la mortalité prématurée par tumeur de l'utérus dépasse de 31 % le niveau national.

La surmortalité dans le Nord apparaît plus marquée que dans le Pas-de-Calais. Le Nord obtient en effet un Indice Comparatif de Mortalité prématurée de 141 (+41 %) alors qu'il n'est que de 113 (+13 %) dans le Pas-de-Calais.

En raison du nombre réduit de décès nous n'avons pas cartographié par arrondissement les Indices Comparatifs de Mortalité prématurée. Les communes impliquées dans la Politique de la Ville (Figure 4-9) semblent se démarquer par un Indice Comparatif de Mortalité prématurée de 162 (+62 %).

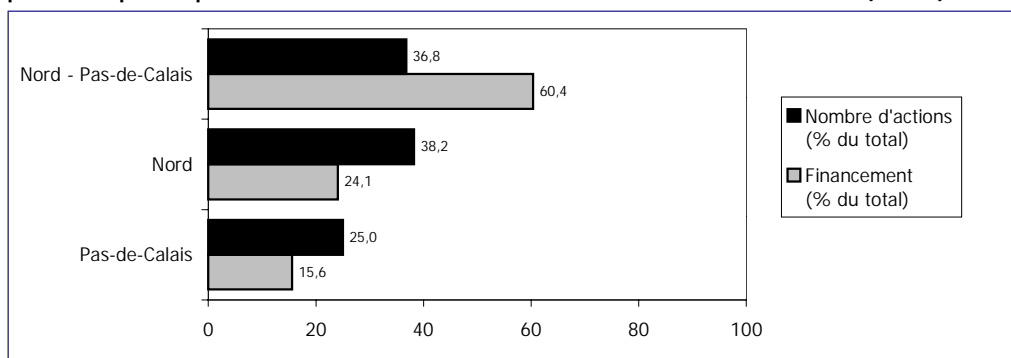
Tumeurs malignes de l'intestin

Les tumeurs de l'intestin apparaissent sur la période 1997-1999, comme la 3^{ème} cause de mortalité par tumeur chez les hommes de tout âge après les tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon et les tumeurs malignes des voies aérodigestives supérieures.

Les 1 691 décès masculins cumulés de cette période (soit 563 décès moyens annuels), représentent 8,7 % du total des décès par tumeur à tout âge. Mais c'est surtout chez les hommes de plus de 65 ans que l'impact de ce type de cancer se fait le plus sentir. En effet, ils sont à l'origine de 11,3 % des décès par tumeur dans ce groupe d'âge. En revanche, les décès par tumeur de l'intestin ne représentent plus que 4,8 % des décès par tumeur chez les hommes de moins de 65 ans.

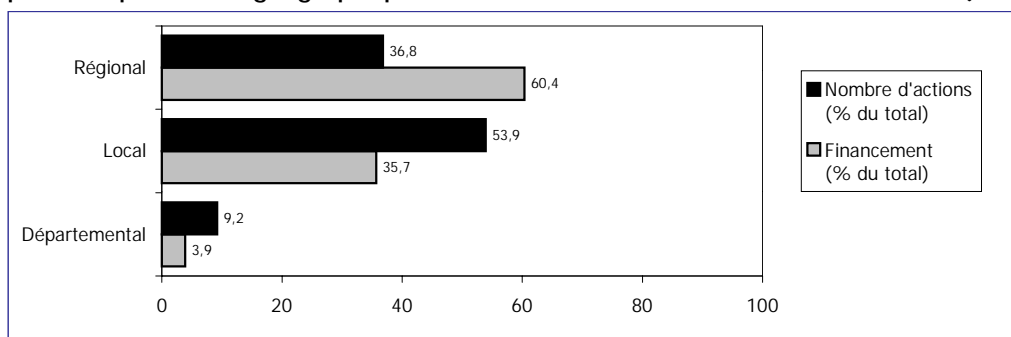
Cancers Challenge

4-16 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement (en %)



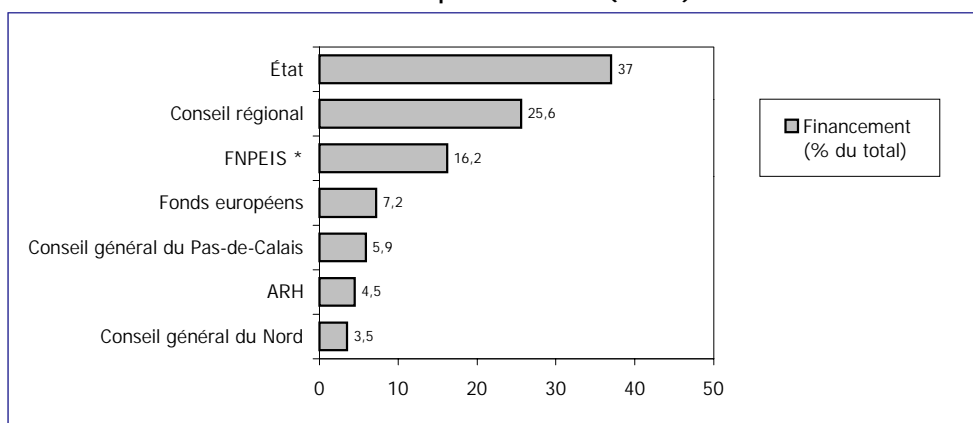
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

4-17 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement (en %)



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

4-18 Répartition du financement des actions par financeur (en %)



*Fonds National de Prévention d'Éducation et d'Informations Sanitaires (FNPEIS)

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

Cancers Challenge

Chez les femmes de tout âge, les cancers de l'intestin représentent la seconde cause de mortalité par tumeur après le cancer du sein. Sur la période 1997-1999, 1 685 femmes en sont mortes. À l'instar des hommes, ce type de tumeur est à l'origine, chez les femmes de plus de 65 ans, de 16,1 % de l'ensemble des décès par tumeur et de 8,5 % des décès prématurés par tumeur.

La faible consommation en fruits et légumes frais favorise le développement de ce type de cancer. Les résultats de l'enquête Budget des familles réalisée par l'INSEE en 1995 précisent que les familles vivant dans le Nord – Pas-de-Calais ont une dépense annuelle en moyenne inférieure de 10 % à la dépense moyenne nationale.

Au niveau régional (Figure 4-5), l'indice de mortalité prématurée indique une surmortalité féminine de 22 % supérieure à celle de la France métropolitaine (indice de mortalité prématurée non significatif chez les hommes). Concernant les comparaisons départementales, seul l'Indice Comparatif de Mortalité précoce féminin du Pas-de-Calais montre une surmortalité de +37 % (Figure 4-7).

Les Indices Comparatifs de Mortalité par arrondissement n'ont pas été présentés sous forme de carte car trop peu d'entre eux faisaient ressortir des résultats significatifs. Par contre, les indicateurs calculés pour l'ensemble des communes concernées par la Politique de la Ville indiquent une surmortalité prématurée de 19 % chez les hommes et de 42 % chez les femmes (Figure 4-9).

Tumeurs malignes de la prostate

Durant la période 1997-1999, 1 599 décès à tout âge dus aux tumeurs malignes de la prostate, ont été enregistrés dans le Nord – Pas-de-Calais ; ce qui représente 8,3 % de l'ensemble des décès par tumeur. Ces tumeurs représentent 12,5 % de l'ensemble des décès par tumeur des 65 ans et plus et seulement 1,7 % des décès prématurés par tumeur. En raison du faible nombre de décès prématurés, nous n'avons pas réalisé la carte des Indices Comparatifs de Mortalité prématurée par arrondissement pour ce type de cancer.

Seul l'Indice Comparatif de Mortalité prématurée du département du Nord (Figure 4-7) indique une surmortalité significative (indice de mortalité prématurée de 132 (+32 %)).

En résumé

Nous constatons qu'à l'exception des femmes décédées de tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon, les Indices Comparatifs de Mortalité prématurée indiquent tous une surmortalité régionale globale par cancer pour les deux sexes. Cette surmortalité est encore plus marquée chez les hommes notamment pour les cancers de la trachée, des bronches et du poumon, ainsi que pour les tumeurs malignes des voies aérodigestives supérieures. En outre, des différences importantes existent aussi entre arrondissements. Ainsi, pour les 2 causes de mortalité que sont le cancer de la trachée, des bronches et du poumon ainsi que celui des voies aérodigestives supérieures, les arrondissements de Saint-Omer et de Maubeuge obtiennent les Indices Comparatifs de Mortalité prématurée les moins élevés. Au contraire, l'arrondissement de Lens obtient les Indices Comparatifs de Mortalité les plus élevés pour ces mêmes causes.

Une analyse détaillée de l'évolution de la mortalité entre 1979 et 1999 pour ces différentes localisations de tumeur fait l'objet d'un chapitre spécial (Le point sur... L'évolution de la mortalité par cancer entre 1979 et 1999 dans le Nord – Pas-de-Calais).

Les facteurs de risque

Les données permettant de mesurer l'impact des facteurs de risque sur la population de la région Nord – Pas-de-Calais sont primordiales pour analyser les origines de la surmortalité régionale par cancer.

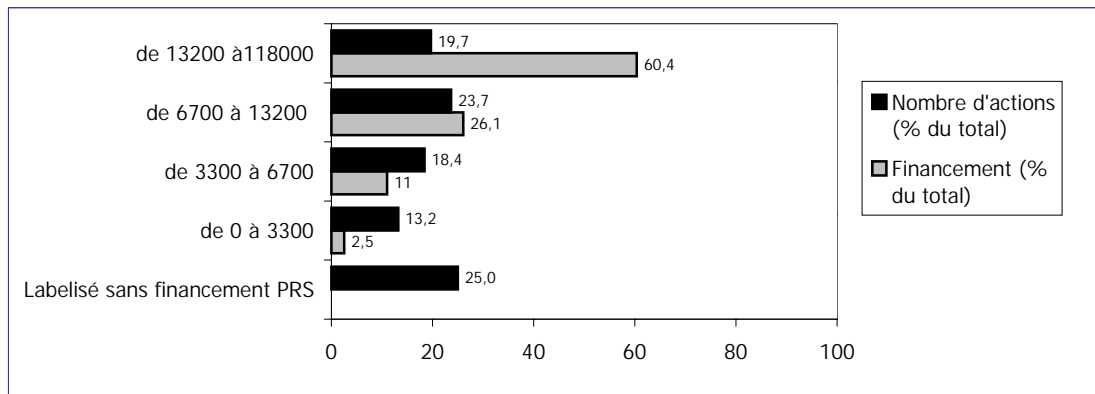
Le niveau de consommation de tabac, de boissons alcoolisées et de légumes frais sont des facteurs qui favorisent (alcool, tabac) ou au contraire limitent (légume frais) le développement des tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon, des tumeurs malignes des voies aérodigestives supérieures et des tumeurs malignes de l'intestin.

Les données issues de l'enquête de l'INSEE de 1995 sur le budget des ménages nous a permis de situer le niveau des dépenses des ménages du Nord – Pas-de-Calais pour ces 3 produits par rapport au niveau français.

Cette enquête a été réalisée en 1995 à partir d'un échantillon représentatif d'environ 10 000 ménages de France métropolitaine. La Figure 1-10 présente 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 des ménages du Nord – Pas-de-Calais et les dépenses annuelles moyennes des ménages de France métropolitaine. Un ratio de 1 indique que les dépenses des ménages de la région Nord – Pas-de-Calais sont en moyenne équivalentes à celles des ménages de la France métropolitaine.

Cancers Challenge

4-19 Répartition par niveau de financement du nombre d'actions et de leur financement (en %)



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

Cancers Challenge

Les résultats font clairement ressortir une situation nettement plus défavorable dans la région Nord – Pas-de-Calais. Alors que le budget annuel global destiné à la consommation est inférieure de 9 % au budget global moyen français, la part des dépenses annuelles moyennes des ménages de la région Nord – Pas-de-Calais est de +37 % pour ce qui est des boissons alcoolisées, de +6 % en ce qui concerne l'achat de tabac et de -10 % en ce qui concerne l'achat de fruits et de légumes frais.

Bien évidemment, les dépenses moyennes annuelles en consommation de tabac, de boissons alcoolisées ou encore de fruits et légumes frais ne traduisent pas directement le niveau de consommation des individus. Sans doute que derrière ses dépenses moyennes existent des situations contrastées pouvant opposer des sous-populations fortement consommatrices de boissons alcoolisées et de tabac à des sous-populations ayant au contraire un faible niveau de consommation de ces produits.

Prévention et dépistage

La prévention et le dépistage ont été clairement définis comme priorité des actions à développer dans le cadre du Programme Régional de Santé **Challenge**. Cependant, peu d'éléments statistiques permettent pour l'instant de les évaluer au niveau régional. Nous disposons cependant, d'une part des résultats de l'enquête mise en œuvre par l'Observatoire Régional de la Santé du Nord – Pas-de-Calais sur la perception et l'utilisation du système de soin dans la région¹ et d'autre part, des éléments statistiques sur le bilan au 24 octobre 2001 des activités de dépistage de cancer du sein entreprises par l'Association pour le dépistage du cancer du sein dans le département du Nord.

Résultats de l'enquête de l'Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais

L'ORS Nord – Pas-de-Calais a réalisé, en 1998, une enquête sur le recours aux soins de la population, portant sur un échantillon représentatif de 1 383 ménages de la région.

Parmi les femmes de référence des ménages interrogés (Figure 4-11), 22 % n'ont jamais réalisé ni frottis cervico-vaginal ni mammographie. 85,3 % des femmes ayant entre 16 et 39 ans ont déclaré avoir effectué un frottis cervico-vaginal. Cette fréquence diminue un peu chez les femmes de 40-64 ans (79,3 %) et ne concerne plus que 35,8 % des femmes de plus de 65 ans.

28,6 % des femmes âgées de 16 à 39 ans déclarent avoir effectué une mammographie. Cette proportion est maximale chez les femmes de 40-64 ans (68,2 %), puis redescend à 40,9 % chez les femmes de plus de 65 ans.

Données statistiques des activités de dépistage du cancer du sein dans le département du Nord

Deux campagnes de dépistage se sont succédées. La première a débuté en septembre 1997 et a été menée jusqu'en 2000. Elle visait 250 000 femmes du département du Nord ayant entre 50 et 69 ans.

La seconde campagne a été mise en œuvre en 2001 et a été élargie à 300 000 femmes du département âgées de 50 à 74 ans.

Dans la Figure 4-12, la population invitée à participer au dépistage concerne l'ensemble des femmes "ciblées" dans le cadre de ces campagnes après exclusion des fausses adresses, des femmes décédées, des femmes ayant refusé de participer, ayant un cancer du sein ou ayant déjà bénéficié d'une mammographie depuis moins d'un an.

Entre 1997 et 2000, 213 820 femmes ont été contactées pour participer à la première campagne de dépistage ; ce qui correspond à environ à 86,4 % des femmes âgées de 59 à 69 ans recensées en 1999 dans le département du Nord. Sur ces 213 820 femmes, 65 855 ont accepté de bénéficier d'une mammographie ; ce qui équivaut à un peu plus d'un quart de la population féminine âgée de 50 à 69 ans du département du Nord. Cette campagne a permis de détecter en 3 ans 621 cas de cancer du sein. Par ailleurs, les données transmises par les radiologues participant 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 de 1998-2000. Ces chiffres représentent une couverture se situant autour de 14 % en moyenne. Les chiffres de la seconde campagne concernent uniquement les mois de janvier à octobre 2001. Durant cette période, 102 626 femmes de 50 à 74 ans ont été invitées (soit 33,8 % des femmes visées). 11 139 femmes ont souhaité bénéficier d'une mammographie.

¹ Spinosi L, Debeugny S, Lacoste O. *Perception et utilisation du système de soins, inégalités sociales de recours*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 1998 ; 191 p.

LES PROJETS RETENUS EN 2002

En 2002, le Programme Régional de Santé pour les cancers **Challenge** a accepté la majorité des projets proposés. En effet, 76 des 94 projets (81 %) ont été acceptés et par conséquent financés dans le cadre de ce PRS. À titre de comparaison, pour l'ensemble des Programmes Régionaux de Santé, le taux d'acceptation a été de 58 % (588 projets sur 1 008).

Par rapport à 2001, le nombre de projets est resté quasiment stable, passant de 73 à 76. Cependant, sur ces 76 projets, 31 (40,8 %) étaient nouveaux et 45 (59,2 %) existaient déjà l'année précédente en tant que projets de portée pluriannuelle.

Les projets analysés sont ceux acceptés pour un financement dans le cadre du PRS **Challenge**. Les **Figures 4-13 à 4-19** représentent une ventilation des actions de chaque projet suivant leur effectif et leur financement.

Les variables de ventilation sont :

- l'objectif du PRS ;
- le type de porteur de projets ;
- le type d'action ;
- le département ;
- l'échelon géographique de l'action ;
- le financeur ;
- le niveau financier de l'action.

Les objectifs

C'est l'objectif intitulé "Soins continus et accompagnement" (**Figure 4-13**) qui en 2002, a fédéré le plus grand nombre d'actions, totalisant ainsi 20 actions sur 76 (26,3 %). Par ailleurs, elles représentent aussi la part la plus importante du financement (33 %). À l'opposé, les actions recoupant d'une part l'objectif "Formation initiale en Cancérologie" et d'autre part celui intitulé "Réinsérer les malades atteints du cancer" sont nettement moins nombreuses avec respectivement 1 et 3 actions. Les 52 autres actions se répartissent de manière relativement homogène, fluctuant entre 8 et 13 actions suivant la définition de l'objectif. Une part non négligeable du financement (18,8 %) concerne la rubrique intitulée "Autres ou plusieurs objectifs".

Qui sont les porteurs d'actions ?

La **Figure 4-14** fait ressortir de façon très nette la place prépondérante des associations en tant que porteuses de projets. Sur 76 porteurs, 36 (soit 47,4 %) étaient une association. Cette situation était déjà une caractéristique de l'année 2001 (47,2 % des porteurs). En outre, la part des associations impliquées dans le PRS Challenge est très proche de la proportion moyenne observée pour l'ensemble des Programmes Régionaux de Santé ; soit 48,9 % (287 associations). Au second rang, mais bien après les associations, viennent les établissements de santé (12 au total), qui représentent 15,8 % des porteurs de projets ; puis, à égalité, les organismes de protection sociale et les porteurs de projet n'entrant dans aucune rubrique, codés "Autres" qui représentent chacun 11,8 % (n=9) de l'ensemble des projets.

Sur le plan financier, les associations ont obtenu plus de la moitié (57,4 %) du financement, suivi des porteurs classés "Autres" qui représentent 13,5 % du financement, et les établissements hospitaliers avec 10,9 % du financement.

Type d'actions mises en oeuvre

Les actions sont en majorité orientées vers la prise en charge sociale (21,1 % des cas, 18,8 % du financement) ; la formation professionnelle (19,7 % des cas, 12,2 % du financement) ; les études, l'observation et l'évaluation (17,4 % des cas, 15,5 % du financement) ; l'information (13,2 % des cas, 14,5 % du financement). Les actions orientées vers l'éducation, la prise en charge médicale et le dépistage/diagnostic sont moins fréquentes, représentant entre 5,3 % et 9,2 % du total des actions (**Figure 4-15**). Cependant, l'éducation se situe au second rang en terme de financement (16,7 %). Par ailleurs, nous constatons que les actions relevant du dépistage ou du diagnostic sont peu représentées alors que ce thème apparaît comme une priorité pour diminuer la mortalité prématurée régionale.

Répartition territoriale des actions

Pour effectuer l'analyse territoriale des actions, nous avons considéré qu'une action était locale si le territoire concerné se limitait à un arrondissement. Si au sein d'un même département, une action englobe plus d'un arrondissement, elle devient départementale. Lorsqu'une action intervient sur plusieurs arrondissements situés pour certains dans le Nord et pour d'autres dans le Pas-de-Calais, l'action est alors considérée comme régionale. Pour la représentation cartographique, une action sera comptée autant de fois qu'elle intervient dans différents arrondissements. Aussi l'analyse cartographique porte-t-elle sur 81 actions au total dont 50 agissent au niveau de l'arrondissement. Aussi l'interprétation cartographique de la distribution des actions sur le territoire régional porte-t-elle sur de petits effectifs par arrondissement, atteignant un maximum de 8 actions dans l'arrondissement de Lille.

36,8 % des actions concernent la région (**Figure 4-16**) et représentent la part du financement la plus importante (60,4 % du financement total) ; 38,2 % des actions concernent exclusivement le département du Nord et 25 % exclusivement celui du Pas-de-Calais. Parmi ces actions, plus de la moitié (53,9 %) a été menée localement, ce qui s'explique par le poids important des associations en tant que porteuses de projets qui agissent souvent localement (**Figure 4-17**). En 2001, cette proportion n'était que de 41,1 %, ce qui indique un renforcement des actions locales.

Sur le plan territorial, en 2002 les arrondissements de Montreuil, de Saint-Omer, de Maubeuge se caractérisent par le faible nombre, voire l'absence d'action dans l'arrondissement de Montreuil (**Carte 38**). L'arrondissement de Lille totalise le plus grand nombre d'actions, soit 8 au total. Viennent ensuite les arrondissements de Douai, d'Arras et de Dunkerque qui totalisent chacun 6 actions. Ces actions sont en majorité portées par des associations qui, dans le cas de 8 arrondissements pilotent au minimum la moitié des projets (**Carte 37**). À Lille, les actions sont majoritairement des actions d'éducation ; à Arras, ce sont les actions de prise en charge sociale qui prévalent.

Financement des actions

Sur le plan financier, les 76 actions financées dans le cadre du PRS Challenge, représentent un budget global de 653 108 euros, ce qui correspond à 10,6 % du financement total des Programmes Régionaux de Santé en 2002. Pratiquement les deux tiers du financement de ces actions proviennent de l'État (37 %), un quart (25,6 %) du Conseil régional et 16,2 % du Fonds National de Prévention d'Éducation et d'Informations Sanitaires (**Figure 4-18**). Par ailleurs, 25 % des actions n'ont pas reçu de financement dans le cadre du PRS Challenge mais ont seulement été labellisées.

En raisonnant cette fois-ci sur l'ensemble des actions ayant reçu ou non un financement (labellisées), 19 % des actions ont obtenu un financement qui s'échelonne entre 13 200 euros et 118 000 euros ; ce qui représente 60,4 % du financement (**Figure 4-19**).

Le point sur...

L'évolution de la mortalité par cancer entre 1979 et 1999 dans le Nord – Pas-de-Calais

L'objet de cette étude est de comparer entre 1979 et 1999, l'évolution de la mortalité régionale par cancer avec celle de la France métropolitaine pour plusieurs localisations importantes (poumon, sein, utérus, VADS, prostate, intestin). Cependant, il convient de rappeler que l'évolution de la mortalité n'est que le reflet indirect de l'évolution de l'incidence. Ainsi, une baisse de la mortalité d'une maladie ne signifie pas automatiquement une baisse de l'incidence de cette maladie. Elle peut aussi résulter de l'allongement de la durée moyenne de survie des malades après le diagnostic du cancer, durée qui, elle, dépend du type de tumeur soignée. Par ailleurs, l'amélioration de la détermination de la cause principale de décès par les médecins grâce à l'amélioration du diagnostic, peut entraîner pour certaines causes de décès une augmentation du nombre de morts sans que cela ne traduise pour autant une aggravation de la situation. Cependant, le choix de la période d'observation présente ici un avantage majeur ; c'est l'unique 9^{ème} révision de la classification internationale des maladies (CIM-9) qui a servi à coder les décès entre 1979 et 1999. Ceci évite en effet la variation du nombre de décès pour certaines causes de maladies dues à la modification des règles de codification décidées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à l'issue de chaque révision.

LES INDICATEURS

Taux standardisés selon la méthode directe

La comparaison des taux bruts de mortalité peut être faussée par des différences de structure par âge liées au vieillissement de la population et aux différences régionales de la structure par âge de la population. En effet, la région Nord - Pas-de-Calais apparaît comme la région la plus jeune de France et s'écarte en cela de la structure de population de la France métropolitaine.

Le calcul du taux de mortalité standardisé sur l'âge suivant la méthode directe prend en compte l'effet

de l'âge ; ce qui autorise les comparaisons entre sexes, entre périodes et entre zones géographiques (ici région *versus* France). La méthode directe consiste à appliquer la mortalité des populations que l'on souhaite comparer à une population standard. Dans cette étude, la population de référence choisie pour standardiser les taux de la France métropolitaine et du Nord – Pas-de-Calais est la structure par âge de la population-type européenne.

Le rapport entre le taux standardisé du Nord – Pas-de-Calais et le taux standardisé de la France métropolitaine multiplié par 100, permet d'obtenir l'Indice Comparatif de Mortalité régionale.

Un indice de 100 indique que le niveau de mortalité régional équivaut à celui de la France ; un indice de 110 indique un niveau de mortalité régional de 10 % supérieur au niveau français ; un indice de 90 indique au contraire une sous-mortalité régionale de 10 %.

De même, le sexe ratio est le rapport du taux standardisé masculin et du taux standardisé féminin. Un ratio de 1 indique une intensité de la mortalité identique entre hommes et femmes, un ratio de 3 signifie qu'il meurt 3 fois plus d'hommes que de femmes.

Dans cette étude, nous avons procédé au calcul de "taux moyens mobiles" centrés sur 3 années. Par exemple, un taux centré sur l'année 1980 a été calculé à partir des décès des années 1979, 1980 et 1981. Le taux de 1981 est calculé sur les années 1980, 1981, 1982 et ainsi de suite jusqu'en 1998. Cette méthode permet de lisser les courbes sur toute la période afin d'en dégager les principales tendances en atténuant leur aspect accidenté dû à la fluctuation annuelle des décès.

ENSEMBLE DES TUMEURS

Durant ces 20 dernières années, la mortalité par tumeur a pris une place croissante dans la mortalité générale en France et plus généralement dans les pays industrialisés. La diminution successive de la mortalité par maladies infectieuses entre 1940 et

1950, puis par maladies cardiovasculaires, le vieillissement de la population, mais aussi l'accentuation du comportement à risque comme l'élévation de la consommation de tabac chez les femmes et plus récemment chez les jeunes, sont autant de facteurs responsables de cet accroissement.

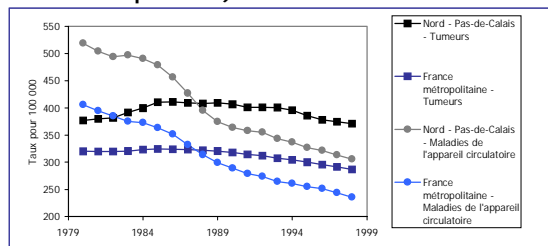
Ainsi, en 1980, les tumeurs provoquaient en moyenne le décès de 5 563 hommes et de 3 791 femmes domiciliées dans le Nord – Pas-de-Calais, soit 25,4 % des décès masculins et 19,6 % des décès féminins. En 1998, la proportion moyenne des décès par tumeurs dans la mortalité générale est passée à 33,5 % chez les hommes et 22,9 % chez les femmes.

Les tendances des figures 1 et 2 illustrent le fait que la mortalité par maladies circulatoires ait considérablement baissé en 20 ans par rapport à la mortalité par tumeur. Ces dernières deviennent à partir de 1988, la première cause des décès masculins tant au niveau régional que national. Chez les femmes, les taux standardisés indiquent que la mortalité par tumeur dans le Nord – Pas-de-Calais demeure la seconde cause de décès après les maladies de l'appareil circulatoire.

Quel que soit le sexe, l'évolution des taux dans le Nord – Pas-de-Calais est caractérisée par une surmortalité régionale par rapport à celle de la France métropolitaine. Elle est toutefois plus marquée chez les hommes avec en 1998 un Indice Comparatif de Mortalité régionale de 129 alors qu'il n'est que de 114 chez les femmes.

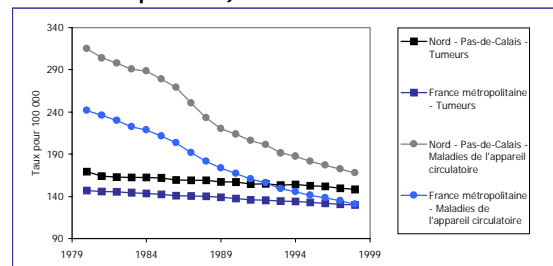
Cependant, la mortalité masculine régionale par tumeur connaît une évolution différente. En effet, alors que chez les femmes, la tendance indique une baisse lente et régulière, la courbe des taux standardisés de mortalité masculine indique un accroissement jusqu'en 1986, date à partir de laquelle les taux standardisés se stabilisent puis amorcent une baisse qui s'accélère après 1994. Globalement, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, l'évolution des courbes des taux standardisés de la région Nord – Pas-de-Calais demeure parallèle à celle de la France métropolitaine ; ce qui semble indiquer que la surmortalité régionale est restée constante durant toute la période.

Figure 1 : Taux standardisés de mortalité par tumeurs et par maladies de l'appareil circulatoire, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, chez les hommes à tout âge (taux pour 100 000, standardisés sur la population européenne)



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

Figure 2 : Taux standardisés de mortalité par tumeurs et par maladies de l'appareil circulatoire, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, chez les femmes à tout âge (taux pour 100 000, standardisés sur la population européenne)



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

TUMEURS MALIGNES DE LA TRACHÉE, DES BRONCHES ET DU POUMON

Dans le Nord – Pas-de-Calais, la mortalité des hommes a continué d'augmenter de façon importante jusqu'en 1985, date à partir de laquelle l'accroissement devient pratiquement nul, marquant ainsi un palier. A partir de 1995, une baisse est amorcée. Par rapport à la France, la région Nord – Pas-de-Calais connaît en 1998, une surmortalité de 39 % (Indice Comparatif de Mortalité de 139) chez les hommes. Cette surmortalité régionale est restée stable sur toute la période 1979-1999.

En revanche, chez les femmes, il existe une sous-mortalité régionale de 24 % par rapport à la France. Néanmoins, depuis 1979, tant au niveau national que régional, la tendance évolutive des taux semble indiquer une croissance lente et régulière, ce qui pourrait être la conséquence épidémiologique du tabagisme des femmes qui a commencé à prendre de l'importance après 1960 (20 ans après celui des hommes), et semble actuellement se renforcer alors que le tabagisme masculin tendrait au contraire à diminuer. Cependant, aucun test ne nous a permis pour l'instant de confirmer cette tendance.

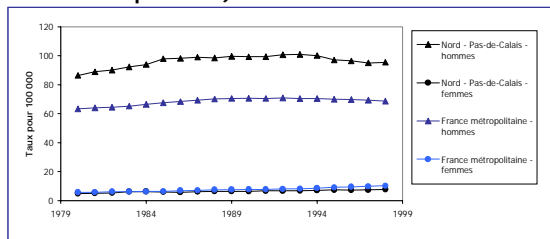
La prédominance de la mortalité masculine est très nette et apparaît plus marquée dans le Nord – Pas de Calais qu'en France métropolitaine. En effet, le sexe ratio est de 12,2 ; c'est-à-dire à peu près le double de celui de la France (ratio de 6,7).

Pour expliquer cette différence, l'une des hypothèses envisageables serait que les hommes de la région Nord – Pas-de-calais se trouvent davantage exposés aux facteurs de risque, c'est-à-dire en premier lieu le tabagisme, mais aussi les expositions professionnelles¹ qui actuellement et dans le passé peuvent ou non jouer un rôle particulièrement

¹ Declercq C, Lacoste O. *Mortalité par cancer dans le Nord – Pas-de-Calais*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 1998 ; 85 p.

marqué dans une région qui a été et demeure encore industrielle. Tout comme au niveau national, la surmortalité masculine diminue progressivement dans le Nord – Pas-de-Calais en raison de la baisse des taux standardisés masculins, mais aussi en raison de l'augmentation des taux standardisés féminins.

Figure 3 : Taux standardisés de mortalité par tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon, par sexe et à tout âge, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine (taux pour 100 000, standardisés sur la population européenne)



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

TUMEURS MALIGNES DES VOIES AÉRODIGESTIVES SUPÉRIEURES (LÈVRES, CAVITÉ BUCCALE, PHARYNX ET LARYNX)

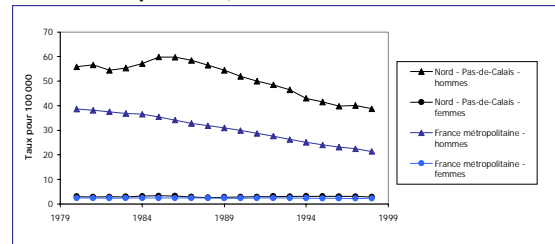
Après avoir connu, jusqu'en 1986, une hausse des taux standardisés de mortalité, la région Nord – Pas-de-Calais connaît une baisse très nette de l'intensité de la mortalité masculine après cette date. Cette baisse se retrouve sur le plan national ; il semble toutefois qu'elle ait été légèrement plus rapide dans la région. Néanmoins, l'écart entre la France et le Nord – Pas-de-Calais demeure important en 1998 ; les taux comparatifs étant en effet de 181 chez les hommes (+81 %) et de 128 chez les femmes (+28 %).

En 1998, les hommes vivant dans le Nord – Pas-de-Calais décèdent en moyenne 13,8 fois plus que les femmes alors que le sexe ratio n'est que de 9,5 au niveau national. Il semble donc que les hommes du Nord – Pas-de-Calais soient (à l'instar des tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon), davantage exposés aux facteurs de risque de cette maladie (tabac, alcool, facteurs professionnels) qu'au niveau national.

Pour les femmes, la tendance évolutive des taux est stable sur toute la période. Pour les deux sexes, la surmortalité régionale est demeurée à peu près constante entre 1979 et 1999.

Figure 4 : Taux standardisés de mortalité par tumeurs malignes des Voies AéroDigestives Supérieures, par sexe et à tout âge, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine

(taux pour 100 000, standardisés sur la population européenne)



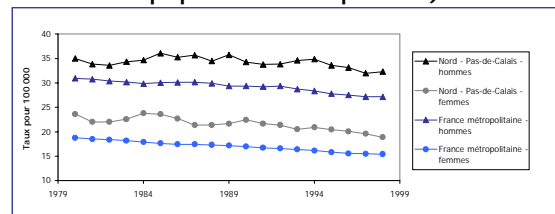
Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

TUMEURS MALIGNES DE L'INTESTIN

Les courbes des taux standardisés semblent indiquer depuis 1979 une diminution très lente de l'intensité de la mortalité due à ces cancers tant chez les hommes que chez les femmes, tant au niveau régional que national. Cependant, malgré le lissage des taux, les courbes indiquent des fluctuations marquées pour le Nord – Pas-de-Calais, ce qui rend plus difficile l'interprétation des tendances.

En 1998, la surmortalité régionale se caractérise par un indice de 119 (+19 %) chez les hommes et de 123 (+23 %) chez les femmes. Le sexe ratio régional est très proche de celui de la France (ICM de 171 versus 176) et est beaucoup moins élevé que pour d'autres localisations de tumeurs.

Figure 5 : Taux standardisés de mortalité par tumeurs malignes de l'intestin, par sexe et à tout âge, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine (taux pour 100 000, standardisés sur la population européenne)



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

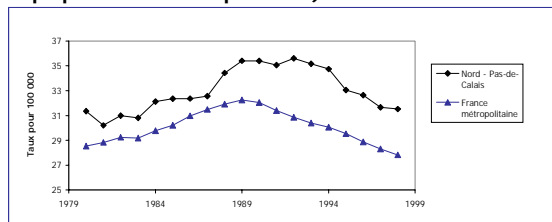
TUMEURS MALIGNES DE LA PROSTATE

La forme générale de la courbe caractérisant la mortalité du Nord – Pas-de-Calais suit globalement celle de la France. Sur le plan national, après une hausse régulière des taux jusqu'en 1989, une baisse du même ordre est constatée. Cette baisse n'intervient dans la région que 3 années plus tard.

Cependant, l'augmentation de ce type de cancer peut également être due à une amélioration du diagnostic pouvant faire apparaître plus souvent ce

type de tumeur comme cause principale de décès. En 1998, la mortalité régionale est de 13 % supérieure à celle de la France métropolitaine, et cet écart n'a pratiquement pas bougé depuis 1992.

Figure 6 : Taux standardisés de mortalité par tumeurs malignes de la prostate à tout âge, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine (taux pour 100 000, standardisés sur la population européenne)



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

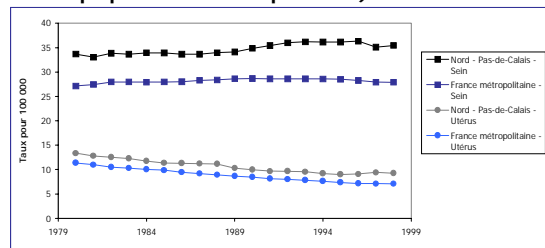
TUMEURS MALIGNES FÉMININES : SEIN, UTÉRUS

Les taux standardisés concernant les tumeurs malignes du sein évoluent un peu différemment dans la région Nord – Pas-de-Calais qu'en France métropolitaine. Au niveau national, cette augmentation est lente jusqu'en 1990 puis semble se stabiliser pour redescendre lentement. Dans la région, les taux semblent stables jusqu'en 1989, date à partir de laquelle les taux augmentent jusqu'en 1992 pour se stabiliser puis redescendre quelques années plus tard. Malgré ces évolutions, la mortalité par tumeur du sein semble légèrement augmenter dans le Nord – Pas-de-Calais, et ne pas avoir évolué en France métropolitaine. Toutefois, ces tendances n'ont pu être confirmées par un test statistique. Par ailleurs la surmortalité régionale est pratiquement la même en 1980 qu'en 1998 (ICM régional de 127).

Par contre, les courbes de la mortalité par tumeurs malignes de l'utérus indiquent une baisse régulière depuis 1980 tant au niveau régional que national.

L'évolution des deux courbes demeure cependant parallèle, témoignant ainsi du fait que la surmortalité régionale (+30 en 1998) se maintient sur toute la période.

Figure 7 : Taux standardisés de mortalité par tumeurs malignes du sein, de l'utérus, à tout âge, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine (taux pour 100 000, standardisés sur la population européenne)



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

CONCLUSION

À structure par âge identique, nous constatons au niveau de la région, que la plupart des causes de décès retenues pour cette analyse connaissent sur la période 1979-1999 une baisse de l'intensité de la mortalité qui suit globalement les tendances observées au niveau national.

Ceci est particulièrement net pour les tumeurs malignes des VADS chez les hommes, pour les tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon chez les hommes à partir de 1994, pour les tumeurs malignes de la prostate à partir de 1992 et pour les tumeurs malignes de l'utérus sur toute la période. L'écart entre la région et la moyenne française traduit une surmortalité régionale impliquant la majorité des cancers (exception faite des tumeurs de la trachée, des bronches et du poumon chez les femmes) et qui globalement se maintient durant toute la période 1979-1999.



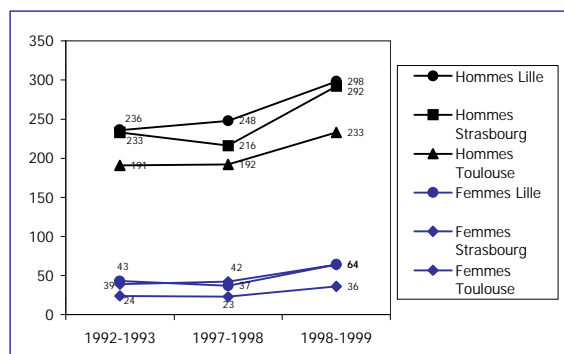
Santé cardiovasculaire

LES INDICATEURS DE CONTEXTE	103
- Incidence des cardiopathies ischémiques dans la Communauté Urbaine De Lille (MONICA)	103
- La mortalité	105
Dans la région	105
Dans les départements	105
Dans les communes concernées par la Politique de la Ville	107
- Consommation de tabac, fruits, légumes frais, huiles et graisses	107
- Les facteurs de risques de maladies cardiovasculaires parmi les patients hypertendus dans la clientèle des médecins généralistes de la région	107
Proportion de consommateurs de tabac parmi les patients hypertendus	109
Proportion de diabétiques parmi les patients hypertendus	109
Proportion de patients hypertendus connaissant un surpoids ou une obésité	109
Proportion de patients hypertendus ayant un antécédent familial de cardiopathie	109
Proportion de patients en soins de longue durée pour infarctus du myocarde	109
Proportion de patients en soins de longue durée pour Accident Vasculaire Cérébral	111
Proportion de patients en soins de longue durée pour artériopathie chronique	111
 LES PROJETS RETENUS EN 2002	 111
 Le point sur...	
... Les appels pour douleurs thoraciques au SAMU 59 – Centre 15	117

Cartes [29](#), [30](#), [31](#), [32](#), [33](#), [34](#)

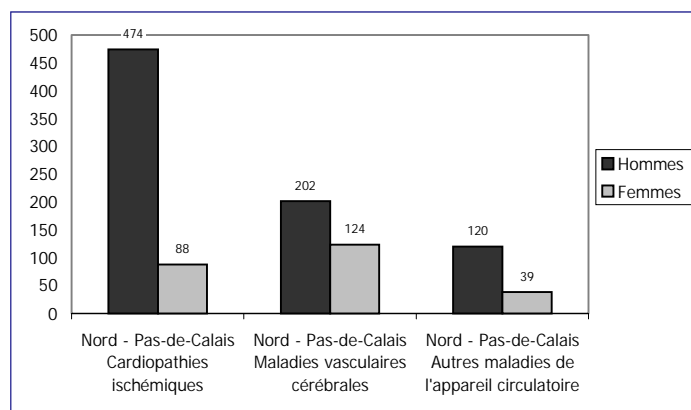
Santé cardiovasculaire

5-1 Incidence des cardiopathies ischémiques dans les villes de Lille, Strasbourg et Toulouse, en 1997-1998



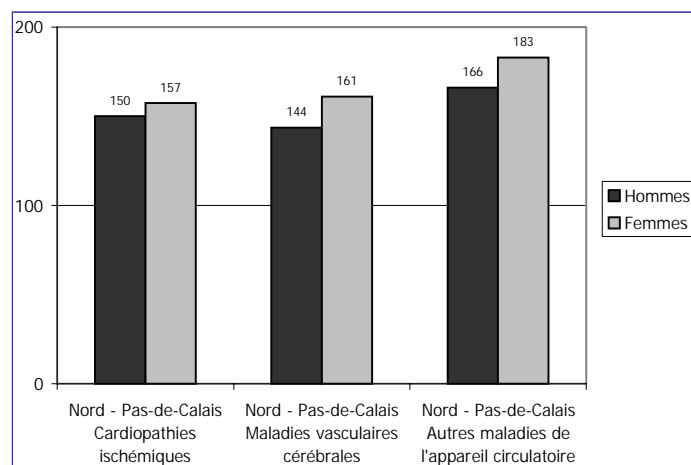
Source : Enquête MONICA, Lille 2000. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

5-2 Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord - Pas-de-Calais, en 1997-1999



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

5-3 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord - Pas-de-Calais, en 1997-1999



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

Santé cardiovasculaire

Le nombre élevé de personnes atteintes, le nombre de complications, de handicaps et de souffrances liés à ces atteintes, ont fait des maladies cardiovasculaires une priorité d'action de la Conférence Régionale de Santé.

Le constat réalisé dans le cadre des PRS, montre que le gain en matière de santé enregistré dans cette pathologie, passe par les étapes suivantes :

la promotion de nouvelles conduites alimentaires et de nouveaux équilibres nutritionnels par :

- la promotion de la consommation de fruits et légumes ;
- la promotion des actions d'éducation nutritionnelle ;

la lutte contre la sédentarité par :

- la promotion de l'activité physique adaptée ;
- la lutte contre la sédentarité, en particulier chez l'enfant ;

le développement de la santé cardiovasculaire au travail par :

- la sensibilisation et la prévention en milieu de travail ;
- le dépistage et des actions concertées avec les autres professionnels de santé sur le risque ;

une meilleure connaissance et une meilleure maîtrise des risques vasculaires individuels :

- en favorisant la connaissance précoce des facteurs de risque ;
- en améliorant le suivi et le traitement des facteurs de risque ;
- en faisant avancer l'éducation du patient ;

le développement de la réadaptation après accident,

une action rapide en urgence :

- en luttant contre la Mort subite par la formation du public aux gestes qui sauvent, en équipant et en formant des relais à la défibrillation semi-automatique ;
- en raccourcissant les délais de la thrombolyse et de la prise en charge des cardiopathies ischémiques ;
- en améliorant la prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux en urgence.

LES INDICATEURS DE CONTEXTE

Incidence des cardiopathies ischémiques dans la Communauté Urbaine De Lille (MONICA)

Ces données ont été obtenues dans le cadre des registres français des maladies coronaires (MONICA : multinational MONItoring of trends and determinants in Cardiovascular disease).

En France, ces registres sont tenus depuis 1984 dans 3 sites : la Haute-Garonne, le Bas-Rhin et la Communauté Urbaine De Lille. Un protocole simplifié a été adopté à partir de 1997, permettant, dans le cadre de la recherche des cas d'infarctus du myocarde, de ne plus réaliser un recueil exhaustif des informations (signes cliniques et examens biologiques et cliniques), mais de s'appuyer sur le seul diagnostic clinique posé par le médecin soignant. Cette simplification a permis l'extension du registre à la population âgée de 65 à 74 ans, et différentes catégories diagnostiques sont retenues pour chaque épisode retenu¹. Pour obtenir des données comparables depuis 1985, une validation avec double codage est réalisée chaque année.

Les données 1998-99 sont des estimations établies à partir de la procédure de validation.

Afin de simplifier la lecture de la **Figure 5-1**, nous n'avons retenu que les incidences estimées à partir de la définition large, qui inclut tous les infarctus possibles : ceux établis avec des critères cliniques, électrocardiographiques et biologiques précis et ceux déclarés par le médecin soignant.

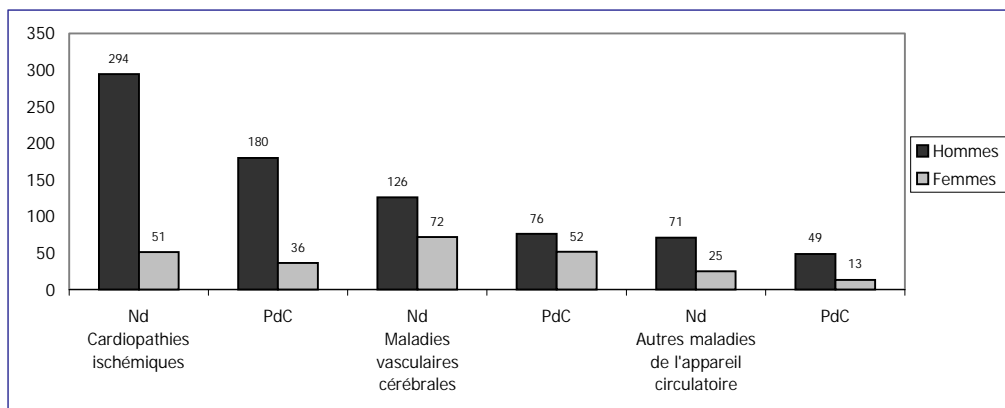
Quelle que soit la région, l'incidence des épisodes coronaires tend à baisser depuis 1985, malgré le ralentissement de ce phénomène. À Lille, avec une incidence de 298 pour 100 000 en 1998-99, la tendance semble être, depuis 1992, plutôt à la hausse pour les hommes (236 pour 100 000). Pour les femmes, ces dernières années, après une baisse régulière (de 43 pour 100 000 en 1992-93 à 37 pour 100 000 en 1997-98), l'incidence semble être en augmentation : 64 pour 100 000 en 1998-99.

Bien que plus faible, la même tendance à la hausse chez les femmes (23 pour 100 000 en 1998 et 36 pour 100 000 en 1999) et chez les hommes (192 pour 100 000 en 1998 et 233 pour 100 000 en 1999) est également constatée dans le registre toulousain et dans le registre strasbourgeois chez les hommes (216 pour 100 000 en 1998 et 292 pour 100 000 en 1999) et chez les femmes (42 pour 100 000 en 1998 et 64 pour 100 000 en 1999).

¹ Deux épisodes intervenus successivement chez le même sujet sont enregistrés, si le délai qui les sépare est supérieur à 28 jours.

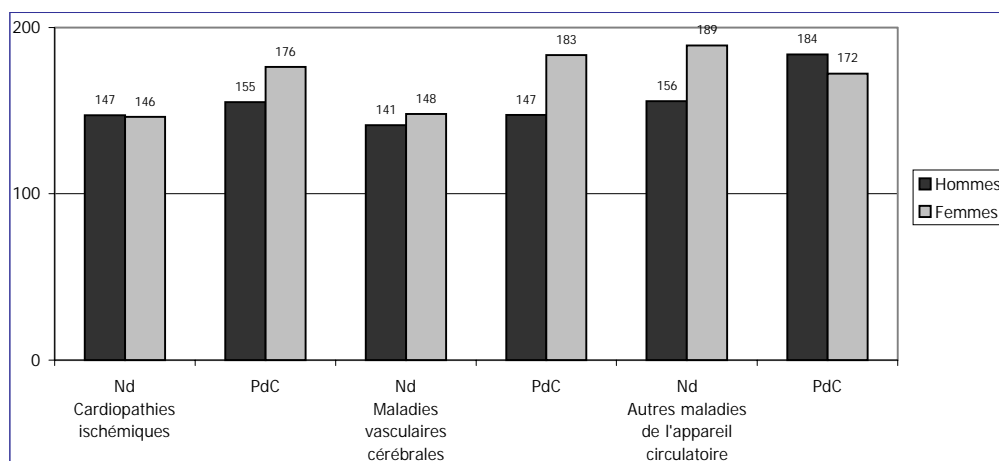
Santé cardiovasculaire

5-4 Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, par département, en 1997-1999



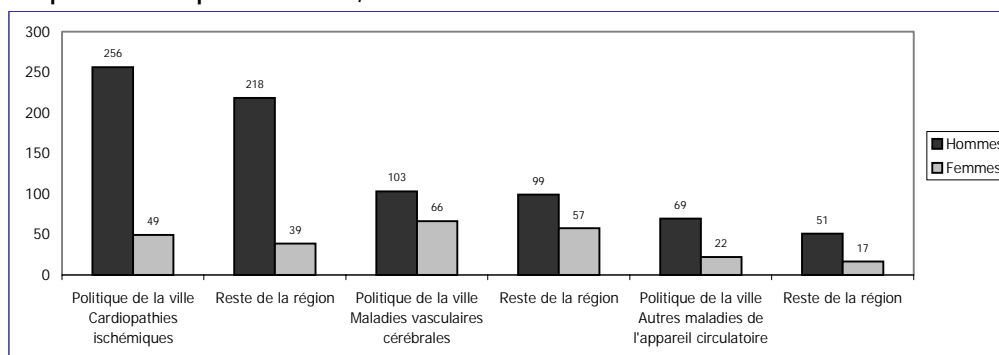
Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès.
Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

5-5 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe et par cause, par département, en 1997-1999



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

5-6 Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1997-1999



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

Santé cardiovasculaire

Les chiffres pour la période 1998-99, s'ils sont confirmés dans le cadre des registres français des maladies coronaires (MONICA), tendraient à montrer, dans notre région, toute l'importance à accorder à la prise en charge précoce de cette pathologie (Figure 5-1).

La Mortalité

Les données de mortalité sont issues des statistiques des certificats de décès, fournies par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès – CépiDC (ex SC8 – SC25) de l'INSERM pour les années 1997-1999.

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 être considérées comme "évitables" selon les recherches menées sous l'égide du comité d'actions concertées "Health services research" de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économiques), et du centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'INSERM.

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 l'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).

Entre 1997 et 1999, environ 11 292 personnes dont 5 203 hommes et 6 089 femmes décèdent chaque année, dans le Nord – Pas-de-Calais, par suite de maladies de l'appareil circulatoire. Parmi ces décès, 7 014 en moyenne ont été enregistrés dans le Nord (3 229 décès chez les hommes pour 3 785 décès chez les femmes) et 4 278 dans le département du Pas-de-Calais (1 974 décès chez les hommes pour 2 304 décès chez les femmes). Dans la région, pour la période 1997-1999, 3 290 décès en moyenne ont été enregistrés pour cardiopathies ischémiques et 2 802 pour maladies vasculaires cérébrales.

Ainsi, dans le Nord – Pas-de-Calais, les maladies de l'appareil circulatoire au cours de la période 1997-1999 sont, en moyenne, responsables de 1 407 (15,1 %) décès prématurés par an. Parmi ces décès, 562 (53,7 %) sont dus aux cardiopathies ischémiques et 326 (31,1 %) aux maladies vasculaires cérébrales.

En France métropolitaine, les décès prématurés par maladies de l'appareil circulatoire représentent 14,6 % des décès prématurés, soit 12 080 (15,9 %) chez les hommes et 3 882 (11,7 %) chez les femmes.

L'Indice Comparatif de Mortalité prématurée par rapport à la moyenne France prise comme référence (France=100), pour la période 1997-1999 est :

Dans la région

Pour les cardiopathies ischémiques (Cartes 31 et 32), l'Indice Comparatif de Mortalité est de 150 pour les hommes et de 157 pour les femmes, traduisant une surmortalité significative dans les deux sexes par rapport à la moyenne nationale (Figures 5-2 et 5-3).

Pour les maladies vasculaires cérébrales, cet indice est de 144 pour les hommes et de 161 pour les femmes, traduisant une surmortalité significative dans les deux sexes par rapport à la moyenne nationale.

Ainsi, quelle que soit la cause, la surmortalité prématurée féminine reste prédominante.

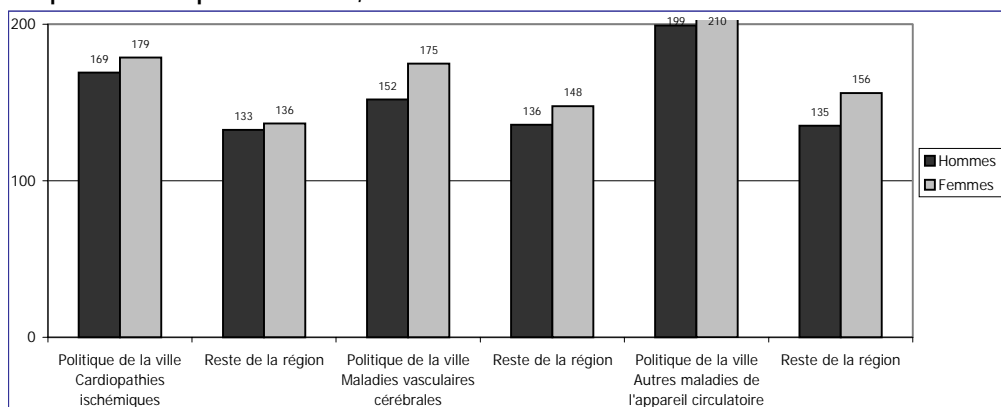
Dans les départements

On constate (Figures 5-4 et 5-5) une surmortalité prématurée différente chez les hommes et les femmes dans les 2 départements, pour cardiopathies ischémiques et maladies vasculaires cérébrales. Ainsi, il existe pour les cardiopathies ischémiques, une surmortalité plus faible chez les hommes et les femmes du département du Nord, que chez ceux du Pas-de-Calais. En effet, l'Indice Comparatif de Mortalité pour la période 1997-1999, est pour les deux départements, de 147 et de 146 pour les hommes et les femmes du Nord *versus* 155 et 176 pour les hommes et les femmes du Pas-de-Calais.

À l'opposé, pour les maladies vasculaires cérébrales, il existe une surmortalité plus grande chez les femmes dans les 2 départements. L'Indice Comparatif de Mortalité pour cette pathologie est de 141 pour les hommes et de 148 pour les femmes dans le Nord contre 147 pour les hommes et 183 pour les femmes dans le Pas-de-Calais.

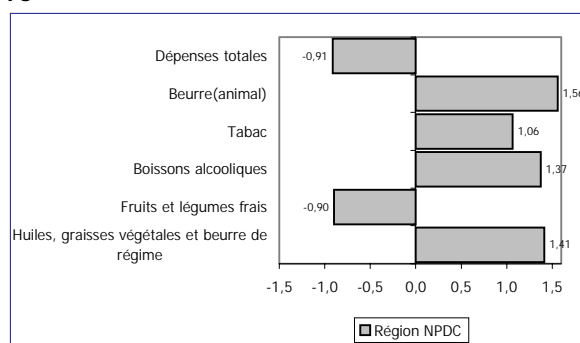
Santé cardiovasculaire

5-7 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans par sexe et par cause, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1997-1999



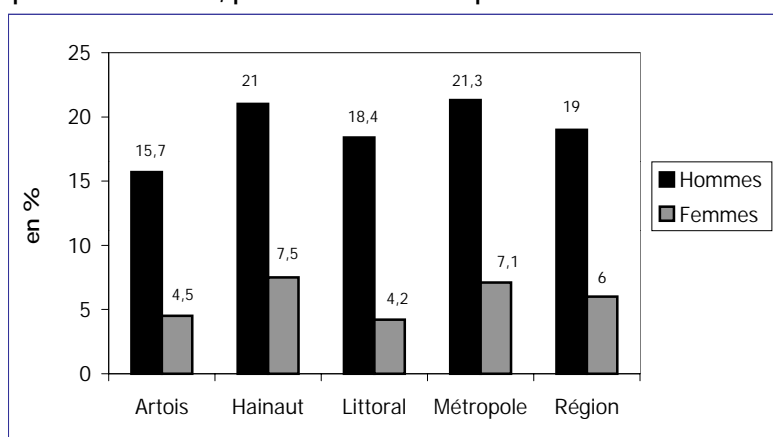
Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès.
Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

5-8 Consommation de tabac, fruits, légumes frais, huiles et graisses, Nord - Pas-de-Calais versus France (France=1), en 1995



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

5-9 Proportion de patients fumeurs, par Bassin de vie et par sexe



Source : URMEI 2000. Prise en charge des patients hypertendus dans la région Nord - Pas-de-Calais.
Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Dans les communes concernées par la Politique de la Ville

On observe une surmortalité prématurée plus forte par rapport au reste de la région pour cardiopathies ischémiques (Figures 5-6 et 5-7). Elle est de 169 pour les hommes et 179 pour les femmes dans les communes concernées par la Politique de la Ville contre 133 pour les hommes et 136 pour les femmes dans le reste de la région.

La surmortalité prématurée pour maladies vasculaires cérébrales est plus forte chez les femmes et les hommes dans les communes concernées par la Politique de la Ville par rapport au reste de la région. Elle est de 152 pour les hommes et 175 pour les femmes dans les communes concernées par la Politique de la Ville contre 136 pour les hommes et 148 pour les femmes dans le reste de la région.

Consommation de tabac, fruits, légumes frais, huiles et graisses

La dernière édition de l'enquête Budget des familles de l'INSEE, réalisée tous les 7 ans date de 1995. Elle porte sur un échantillon de 9 634 ménages français. Elle utilise 2 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 2 semaines.

On a représenté sur la Figure 5-8, le ratio des dépenses annuelles moyennes des ménages du Nord – Pas-de-Calais pour chaque produit présenté sur les dépenses annuelles moyennes des ménages français (ce ration est donc égal à 1 pour l'ensemble des ménages français).

Les dépenses pour achats de fruits et légumes frais sont moins élevées dans la région. Ainsi, en 1995, l'enquête Budget des Familles de l'INSEE révèle que le ratio région Nord – Pas-de-Calais/France est de 0,9 pour la consommation de fruits et légumes frais (respectivement 417,56 euros (2 739 FF) et 464,97 euros (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 il est de 0,9 entre la région et la France (respectivement 26 697,02 euros (175 121 FF) et 29 241,40 euros (191 811 FF) dans la région et en France).

Les ménages de la région dépensent plus en achats d'huiles, de graisses végétales et de beurre de régime que la France. Le ratio région/France est de 1,41 pour la consommation d'huiles, de graisses végétales et de beurre de régime (respectivement 139,80 euros (917 FF) et 98,94 euros (649 FF) dans la région et en France), alors qu'il est de 0,9 pour le budget total.

L'achat de beurre animal a un ratio région Nord – Pas-de-Calais/France de 1,56. Les ménages de la région dépensent donc également plus en beurre animal que les autres ménages français.

L'achat de tabac dans la région Nord - Pas-de-Calais est sensiblement le même qu'en France. Ainsi, le ratio région/France est de 1,06 pour la consommation de tabac (respectivement 279,90 euros (1 836 FF) et 263,13 euros (1 726 FF) dans la région et en France) alors qu'il est de 0,9 pour le budget total.

Les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires parmi les patients hypertendus dans la clientèle des médecins généralistes de la région

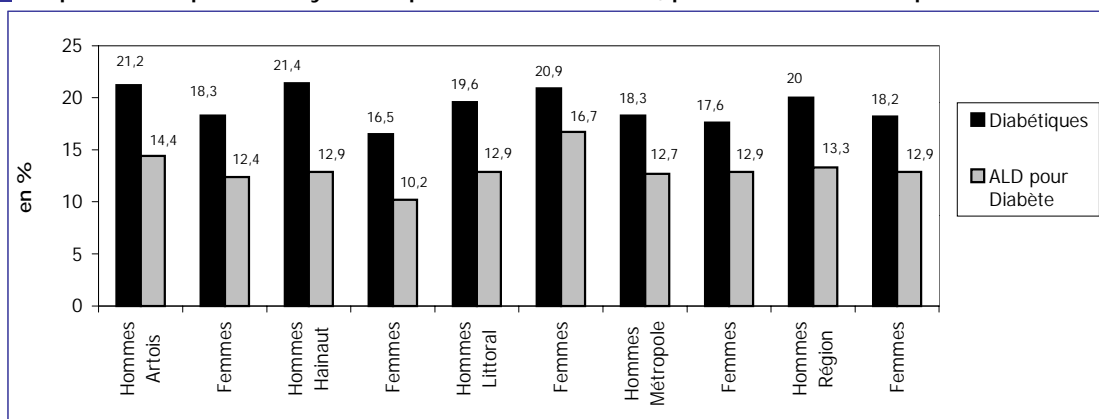
Les données sur les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires présentées ici, sont issues de l'étude réalisée auprès des médecins généralistes de la région par l'Union Régionale des Médecins Exerçant à titre Libéral (URMEL) parmi leur clientèle de patients hypertendus.

Cette enquête réalisée début 2000, auprès de 446 médecins généralistes d'un panel représentatif de la région, a concerné 3 041 patients souffrant d'hypertension artérielle. Les informations ont été recueillies par l'intermédiaire d'un questionnaire sur support papier rempli par le médecin traitant pour tout patient inclus.

Il s'agit d'une population particulière de malades. Les résultats ne sont donc pas extrapolables à la population générale de la région. L'étude a été réalisée dans le cadre d'un audit de prise en charge. Dans ce contexte, le recrutement par les médecins n'étant pas fait au hasard, il peut s'agir des patients les moins lourds et/ou ayant une plus grande facilité à suivre les recommandations de leur médecin traitant (biais de recrutement des patients).

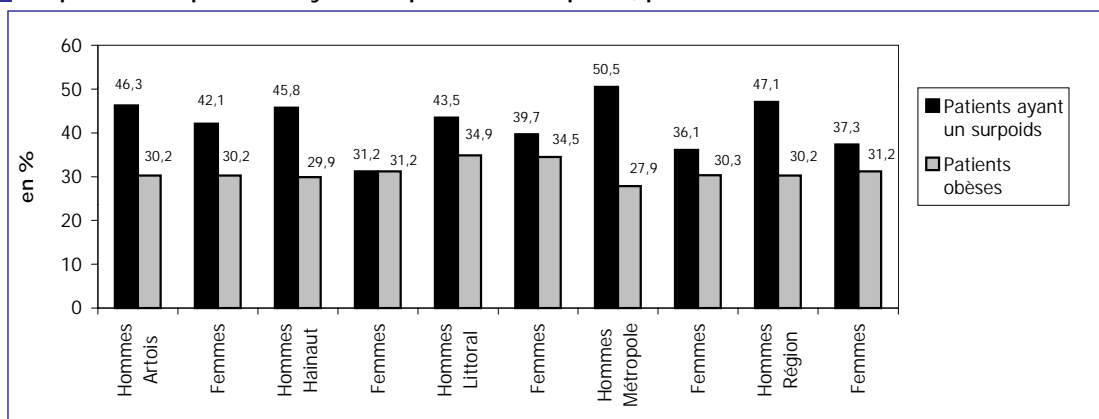
Santé cardiovasculaire

5-10 Proportion de patients ayant un problème de diabète, par Bassin de vie et par sexe



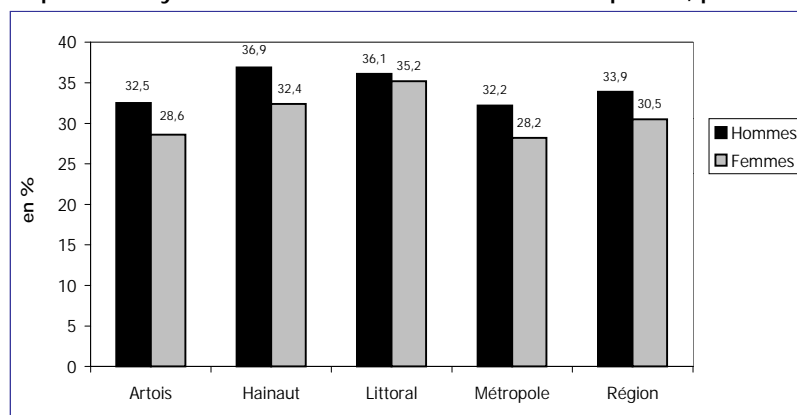
Source : URMEL 2000. Prise en charge des patients hypertendus dans la région Nord - Pas-de-Calais. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

5-11 Proportion de patients ayant un problème de poids, par sexe



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

5-12 Proportion de patients ayant un antécédent familial de cardiopathie, par sexe



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

Proportion de consommateurs de tabac parmi les patients hypertendus

Parmi les patients hypertendus pris en charge par les médecins généralistes de la région (1 456 hommes et 1 575 femmes), 3 fumeurs sur 4 sont de sexe masculin (19 % des hommes et 6 % des femmes, n=3021). Les médecins généralistes du Hainaut et de la Métropole (Figure 5-9) sont ceux qui ont les pourcentages les plus élevés de fumeurs parmi leurs patients hypertendus (respectivement 21 % d'hommes et 7,5 % de femmes pour le Hainaut *versus* 21,3 % d'hommes et 7,1 % de femmes pour la Métropole).

Proportion de diabétiques parmi les patients hypertendus

D'après le diagnostic médical, il existe autant de patients diabétiques dans les deux sexes, parmi les patients hypertendus (20 % des hommes et 18,2 % de femmes, n=3 031). Ces chiffres diminuent dès lors qu'on s'intéresse à la prise en charge en Affection de Longue Durée pour diabète (13,3 % pour les hommes et 12,9 % pour les femmes). L'analyse par Bassin de vie montre qu'il existe plus de patients diabétiques parmi les patients pris en charge par les médecins généralistes du Littoral que dans les autres Bassins de vie. Ainsi, 15 % des patients des médecins généralistes du Littoral sont diabétiques contre 13,4 % pour l'Artois, 12,8 % pour la Métropole et 11,4 % pour le Hainaut. L'analyse par sexe montre que l'effectif d'hommes ayant un diabète est plus élevé que la moyenne régionale (20 %) parmi les patients des médecins généralistes du Hainaut et de l'Artois (respectivement 21,4 % et 21,2 %), et les femmes ayant un diabète sont plus nombreuses parmi les patients des médecins généralistes du Littoral (20,9 % *versus* 18,2 % pour la région), comme le montre la Figure 5-10.

Proportion de patients hypertendus connaissant un surpoids ou une obésité

Nous avons utilisé la mesure de l'Indice de Masse Corporelle (IMC)¹. Nous ne présentons les résultats que pour les patients ayant un problème de surpoids ($25 \leq \text{IMC} < 30$) ou d'obésité ($\text{IMC} \geq 30$).

Dans cette étude, 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'analyse des données par Bassin de vie montre que les patients du Hainaut sont moins nombreux (37,9 %) à avoir un problème de surpoids par rapport à ceux de l'Artois (44,3 %), de la Métropole (42,8 %) et du Littoral (41,9 %). Les patients des médecins généralistes du Littoral sont plus fréquemment obèses (34,4 %) que ceux de la Métropole (29,3 %), de l'Artois (30,2 %) et du Hainaut (30,6 %). L'analyse par sexe montre que les hommes de la Métropole (50,5 %) présentent un problème de surpoids supérieur à la moyenne régionale (47,7%). À l'inverse, ce sont les femmes de l'Artois (42,1 %) et du Littoral (39,7 %) qui présentent un problème de surpoids supérieur par rapport à la moyenne régionale (37,3 %). Comme le montre la Figure 5-11, quel que soit le sexe, les patients des médecins généralistes du Littoral sont plus nombreux à présenter des problèmes d'obésité avec une fréquence supérieure à la moyenne régionale (34,9 % pour les hommes et 34,5 % pour les femmes *versus* 30,3 % pour les hommes et 31,2 % pour les femmes dans la région).

Proportion de patients ayant un antécédent familial de cardiopathie

Les médecins traitant 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 32,2 % de l'ensemble des patients.

L'existence d'un facteur héréditaire est plus déclarée chez les patients de sexe masculin que chez les patients de sexe féminin (33,9 % d'hommes *versus* 30,5 % de femmes avec $p=0,03$). C'est parmi les patients des médecins généralistes du Littoral (35,9 %) et du Hainaut (34,4 %) que l'existence de ce facteur est la plus fréquente. L'analyse par sexe (Figure 5-12) montre que les hommes et les femmes de ces deux Bassins de vie sont plus nombreux que dans le reste de la région à présenter ce facteur de risque (36,9 % des hommes et 32,4 % des femmes du Hainaut et 36,1 % des hommes et 35,2 % des femmes du Littoral *versus* 33,9 % des hommes et 30,5 % des femmes pour la région).

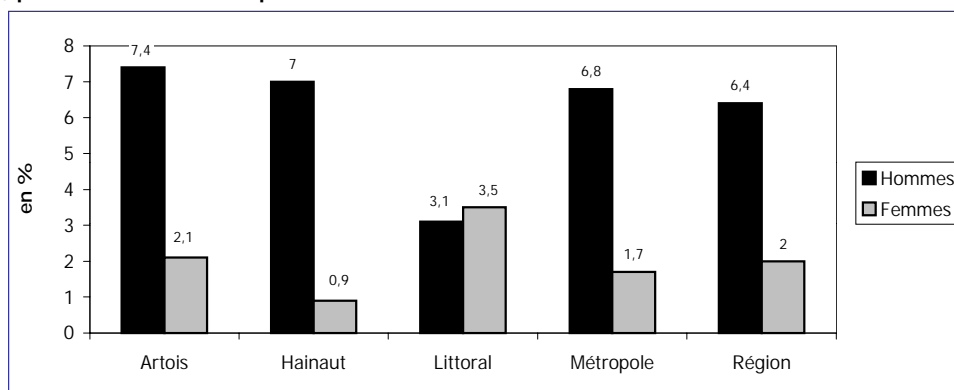
Proportion de patients en soins de longue durée (ALD) pour infarctus du myocarde

Parmi les patients de l'étude, 4,1 % (n=124) ont été reconnus par les médecins généralistes comme exonérés du ticket modérateur pour infarctus du myocarde. On constate que les hommes sont plus souvent déclarés exonérés pour cette affection que les femmes (17,4 % d'hommes contre 6,7 % de femmes avec $p=38 \times 10^{-8}$).

¹ Il est défini comme le rapport suivant : Poids/Taille². À partir de cet indice, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) classe les individus en 4 catégories : les sous-poids ($\text{IMC} < 18,5$), les individus de poids normal ($18,5 \leq \text{IMC} < 25$), les surpoids ($25 \leq \text{IMC} < 30$) et les obèses ($\text{IMC} \geq 30$).

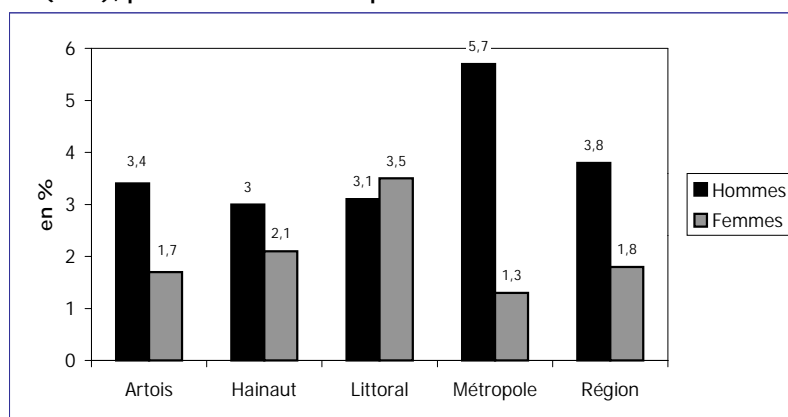
Santé cardiovasculaire

5-13 Proportion de patients hypertendus en Affection de Longue Durée (ALD) pour infarctus du myocarde, par Bassin de vie et par sexe



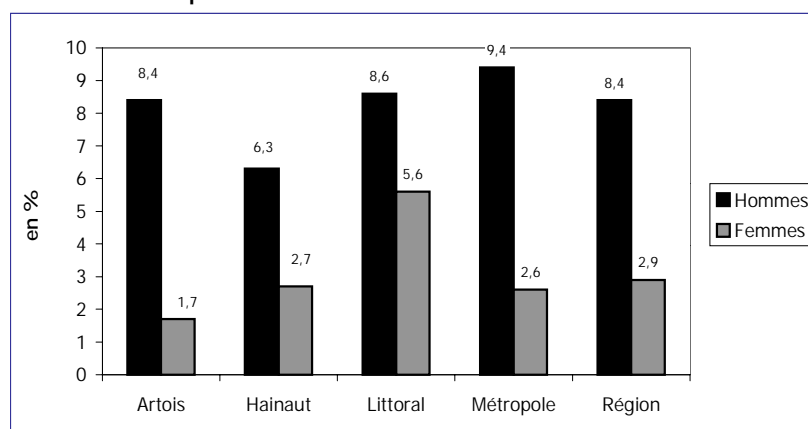
Source : URMEL 2000. Prise en charge des patients hypertendus dans la région Nord - Pas-de-Calais. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

5-14 Proportion de patients hypertendus en Affection de Longue Durée (ALD) pour Accident Vasculaire Cérébral (AVC), par Bassin de vie et par sexe



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

5-15 Proportion de patients hypertendus en Affection de Longue Durée (ALD) pour artériopathie chronique, par Bassin de vie et par sexe



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

Santé cardiovasculaire

C'est parmi les patients des Bassins de vie de l'Artois et de la Métropole (respectivement 4,9 et 4,1 % *versus* 3,6 % pour le Hainaut et 3,3 % pour le Littoral) que les médecins généralistes ont déclaré le plus de prises en charge pour infarctus du myocarde en Affection de Longue Durée. L'analyse par sexe (Figure 5-13) montre que les patients masculins des médecins généralistes du Littoral sont moins nombreux que la moyenne régionale (3,1 contre 6,4 %) à être pris en charge pour infarctus du myocarde ; à l'inverse, les patientes des médecins généralistes de ce même Bassin de vie sont les plus nombreuses à être prises en charge pour cette affection (3,5 contre 2 % pour la région).

Proportion de patients en soins de longue durée (ALD) pour Accident Vasculaire Cérébral

2,7 % (n=83) des patients ont été reconnus par les médecins généralistes comme souffrant d'un accident vasculaire cérébral. Il existe, parmi les patients souffrant d'un AVC, environ 2 fois plus d'hommes que de femmes (66,3 % sont des hommes et 33,7 % des femmes avec $p=0,016$). La prise en charge pour accident vasculaire cérébral est plus élevée parmi les patients des médecins généralistes de la Métropole (3,4 % contre 2,5 % pour l'Artois et le Hainaut et 2 % pour le Littoral). L'analyse par sexe montre que la prise en charge pour cette affection est plus élevée pour les hommes de la Métropole (5,7 %) par rapport à la moyenne régionale (3,8 %) ; à l'inverse, cette prise en charge est plus élevée que la moyenne régionale (Figure 5-14), pour les patientes de médecins généralistes du Littoral et du Hainaut (1,8 % des patientes des médecins généralistes de la région *versus* 3,5 % pour le Littoral et 2,1 % pour le Hainaut).

Proportion de patients en soins de longue durée pour artériopathie chronique

Les médecins généralistes déclarent pour 5,5 % (n=168) des patients hypertendus de l'étude, le bénéfice d'une exonération du ticket modérateur pour artériopathie chronique. Les hypertendus de sexe masculin sont plus nombreux à avoir une artériopathie chronique que les hypertendus de sexe féminin (respectivement 8,4 contre 2,9 % avec $p=10^{-8}$). Les médecins généralistes du Littoral déclarent plus d'artériopathies chroniques chez leurs patients (7 %) que ceux des autres Bassins de vie (4,3 % pour les patients du Hainaut, 5,1 % pour ceux de l'Artois et 5,9 % chez ceux de la Métropole). L'analyse par sexe montre que par rapport à la moyenne régionale (8,4%), c'est dans la Métropole (9,4 %) et le Littoral (8,6 %) que les médecins généralistes déclarent prendre en charge le plus d'hommes souffrant d'artériopathie chronique. A l'opposé, c'est dans le Littoral (Figure 5-15) que l'on constate par rapport à la moyenne régionale, une plus grande prise en charge des patientes souffrant d'artériopathie chronique.

LES PROJETS RETENUS EN 2002

Les actions présentées pour le Programme Régional de Santé des Maladies cardiovasculaires, sont celles retenues pour financement ou labellisées par le Comité de gestion des PRS (Cartes 33 et 34).

Objectifs des actions

6 groupes d'objectifs ont été isolés pour le PRS Cardiovasculaire. Parmi ces groupes, 5 correspondent à des thématiques de départ que sont :

- la promotion de nouvelles conduites alimentaires ;
- la lutte contre la sédentarité ;
- le développement de la santé cardiovasculaire au travail ;
- mieux connaître et maîtriser les risques vasculaires individuels et,
- développer la réadaptation après accident.

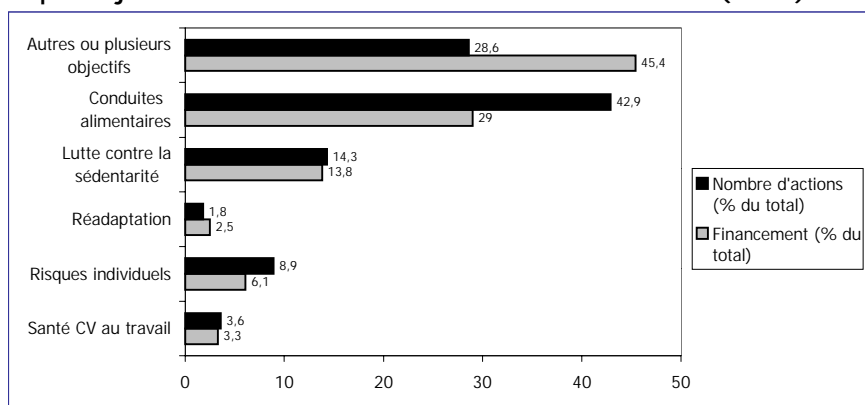
Le 6^{ème} groupe isolé, dénommé "Autres ou plusieurs objectifs", correspond à des objectifs transversaux (où plusieurs autres objectifs se recourent).

Le poids des actions entreprises dans le cadre de ces objectifs est différent. Ainsi, l'on constate que le nombre d'actions retenues est plus élevé pour l'objectif consistant à l'acquisition de nouvelles conduites alimentaires (42,9 %), que pour les objectifs transversaux (28,6 %) comme le montre la Figure 5-16.

Il demeure que dans ce PRS, l'objectif consistant à développer la réadaptation après accident est celui qui mobilise le moins d'actions (1,8 % des actions).

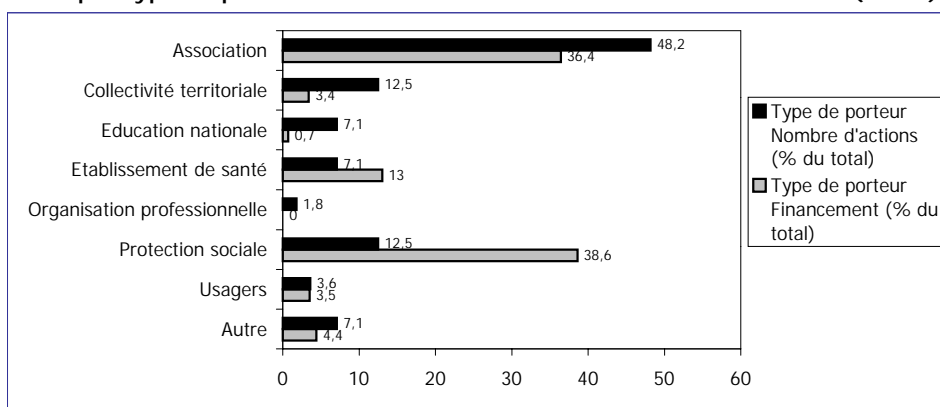
Santé cardiovasculaire

5-16 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement (en %)



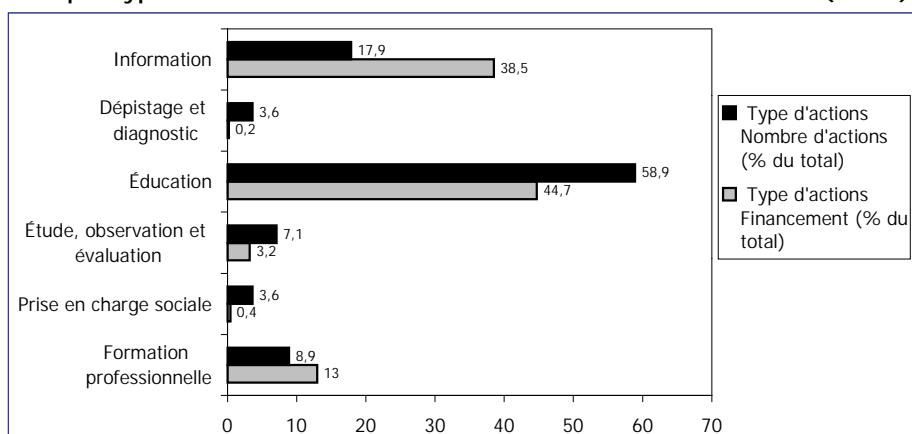
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

5-17 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement (en %)



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

5-18 Répartition par type d'actions du nombre d'actions et de leur financement (en %)



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

Santé cardiovasculaire

Sur le plan du financement des actions par objectif, 3 objectifs semblent concentrés sur leurs actions la totalité des financements (88,2 %). Ces 3 objectifs sont, par ordre d'importance de financement :

- les objectifs transversaux (45,4 %),
- la promotion de nouvelles conduites alimentaires (29,0 %) et,
- la lutte contre la sédentarité (13,8 %).

Types de porteurs

Pour les actions retenues, 8 types de porteurs ont été identifiés ; il s'agit des associations, des collectivités territoriales, de l'Éducation nationale, des établissements de santé, des organisations professionnelles, de la protection sociale, des usagers et d'autres types de porteurs. Les associations sont porteuses de 48,2 % des actions, les services de la protection sociale et des collectivités territoriales de 12,5 % chacun, soit au total pour ces 3 porteurs 73,2 % des actions. L'Éducation nationale, les établissements de santé et le groupe "Autres types de porteur", sont dans leur ensemble porteurs de 21,3 %, soit 7,1 % des actions chacun. Les organisations professionnelles et les usagers sont porteurs respectivement de 1,8 et 3,6 % des actions (Figure 5-17).

75,0 % des financements concernent les associations et la protection sociale (respectivement 36,4 et 38,6 %). Les actions portées par la protection sociale semblent avoir un coût plus élevé que celles portées par les associations (12,5 % des actions pour 38,6 % des financements pour la protection sociale contre 48,2 % des actions pour 36,4 % des financements dans le cas des associations).

On constate un déséquilibre en faveur des collectivités territoriales et de l'Éducation nationale, qui ont plus d'actions pour un faible financement.

Types d'actions

Le classement des actions (Figure 5-18) a été réalisé à partir des données mentionnées sur la fiche projet déposée au Comité Régional des Politiques de Santé. L'interprétation de ces données doit donc être prudente, car elles sont très synthétiques et ne permettent pas toujours d'appréhender avec précision le contenu opérationnel du projet. Nous attirons l'attention du lecteur sur le fait que cette classification est certainement très différente de celle qui sera réalisée par la DRASS dans les périodes à venir. Dans l'attente de l'uniformisation des classifications, les commentaires réalisés pour les actions (concernant les objectifs et les types d'actions) sont à utiliser avec précaution.

Pour le PRS Cardiovasculaire, 7 types d'actions ont été retenus ; il s'agit de la formation professionnelle, la prise en charge sociale, la prise en charge médicale, l'information, l'éducation, la réalisation d'études d'observation et l'évaluation et les actions de dépistage et diagnostic.

L'éducation, l'information et la formation professionnelle constituent dans ce PRS les axes essentiels de la démarche, puisqu'elles totalisent 85,7 % des actions comme le montre la Figure 5-18.

Ainsi, ces 3 domaines avec 44,7 % des financements pour l'éducation, 17,9 % pour l'information et 8,9 % pour la formation professionnelle, mobilisent l'essentiel des financements.

Départements

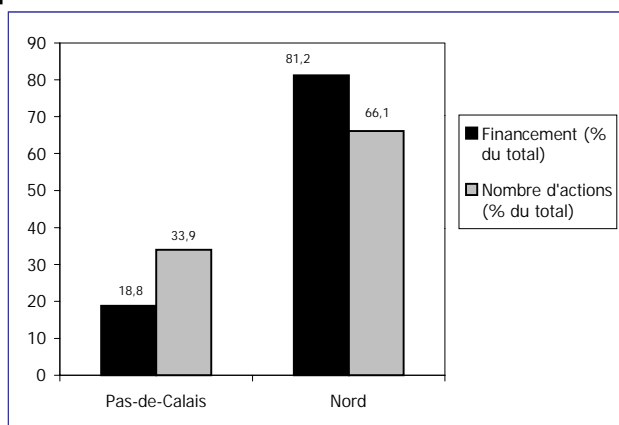
On constate (Figure 5-19) qu'il y'a plus d'actions portées dans le Nord que dans le Pas-de-Calais (66,1 % contre 33,9 % des actions pour le département du Pas-de-Calais). L'importance du financement des actions est plus élevée dans le département du Nord que dans celui du Pas-de-Calais (81,2 % des financements pour le Nord et seulement 18,8 % pour le Pas-de-Calais).

Échelons géographiques

78,6 % des actions sont de niveau local et 21,4 % de niveau départemental (Figure 5-20). Le poids du financement des actions départementales semble être plus élevé que celui des actions locales (52 % des financements pour l'ensemble des actions à localisation départementale contre 48 % des actions à localisation locale).

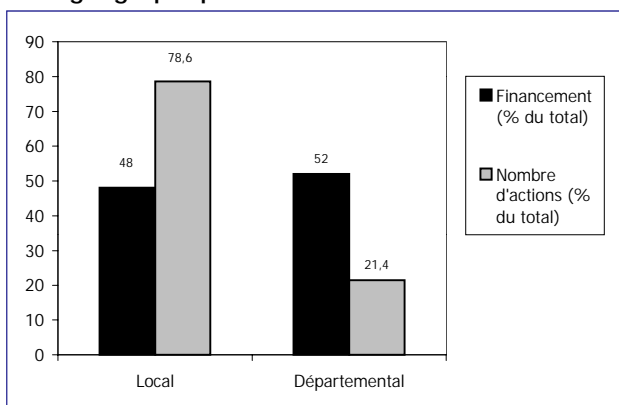
Santé cardiovasculaire

5-19 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement (en %)



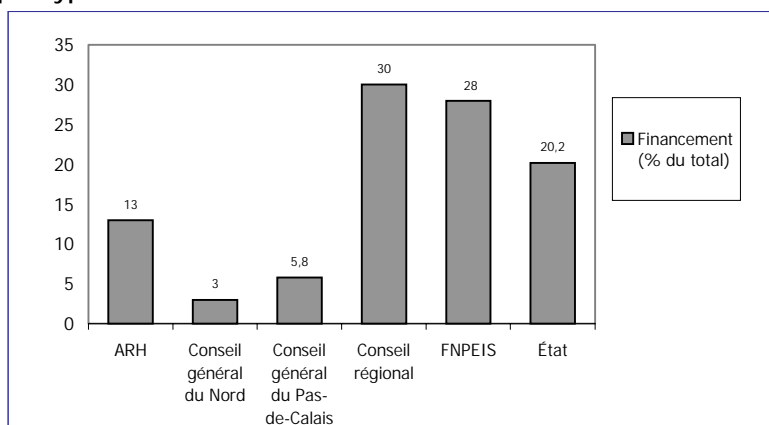
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

5-20 Répartition par échelon géographique du nombre d'actions et de leur financement (en %)



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

5-21 Répartition par type de financeur du nombre d'actions et de leur financement (en %)



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

Financeurs

3 grands types de financeurs se distinguent dans ce PRS ; il s'agit du Conseil régional, du FNPEIS (Fonds National de Prévention d'Éducation et d'Information Sanitaire) et de l'État (**Figure 5-21**). Ces 3 financeurs totalisent 78,2 % du financement des actions (respectivement 30,0, 28,0 et 20,2 %). Le reste du financement des actions est apporté par l'Agence Régionale de l'hospitalisation (ARH), le Conseil général du Pas-de-Calais et celui du Nord (respectivement 13,0, 5,8 et 3,0 %).

Le point sur...

Les appels pour douleurs thoraciques au SAMU 59 - Centre 15

Dans le Nord - Pas-de-Calais, entre 1997 et 1999, 3 290 décès en moyenne ont été attribués aux cardiopathies ischémiques et 2 802 aux maladies vasculaires cérébrales. Ces deux affections représentent plus de 80 % des décès prématurés (avant 65 ans) causés par des affections cardiovasculaires.

Pourtant, d'après le Haut Comité de Santé Publique, ces pathologies devraient pouvoir bénéficier aujourd'hui d'une prise en charge précoce et efficace. En effet, on a estimé que deux décès prématurés sur trois étaient évitables par les mesures préventives ou curatives opportunes ou par l'amélioration de l'observance.

Pourtant, jusqu'en 1997, le volet sur les urgences du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), ne s'accompagne pas encore, pour les urgences cardiovasculaires, d'actions pédagogiques destinées à la population générale ou en direction des patients atteints d'une pathologie cardiovasculaire.

Une campagne régionale animée par les professionnels de santé

Ainsi, il a été décidé dans le cadre du Programme Régional de Santé (PRS), d'engager une action de communication sous la forme d'une **campagne régionale sur les urgences cardiovasculaires et l'appel au 15**. Cette campagne a été mise en œuvre grâce à un partenariat entre l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), l'Union Régionale des Médecins Exerçant à titre Libéral (URMEL), la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), le Conseil régional du Nord - Pas de Calais, les cardiologues et les hôpitaux sièges de SAMU centre 15.

La campagne régionale sur les urgences cardiovasculaires s'est donc déroulée à partir d'octobre 2000 avec pour principaux objectifs :

- la diminution du délai de prise en charge à moins de deux heures ;
- le développement de la perception et de la reconnaissance des signes et symptômes d'un infarctus du myocarde par la population ;
- la modification du comportement des patients présentant un syndrome coronarien aigu, pour qu'ils appellent le centre 15 en première intention ;

- l'amélioration de la communication entre les médecins généralistes, les cardiologues et le SAMU 59, pouvant se traduire par une augmentation du taux d'appels au 15.

PRINCIPAUX RÉSULTATS

Nous présentons ici l'analyse des appels mensuels au centre 15 pour douleurs thoraciques¹, au cours de la période, 1999-2001. Cette analyse montre que sur cette période, le centre 15 du SAMU 59 a reçu et traité annuellement 176 468 appels généraux en moyenne, dont 5 291 (3 %) appels pour douleurs thoraciques.

Au cours de cette période, les appels pour douleurs thoraciques ont été effectués, d'une part par les médecins généralistes (27 % des appels), et d'autre part, par les patients, les familles et les témoins (73 % des appels).

Parmi les appels pour douleurs thoraciques de la période 1999-2001, 59 % environ ont été classés comme des douleurs thoraciques sans diagnostic précis, et 41 % ont été classés le plus fréquemment dans une des quatre catégories suivantes : douleur pariétale (18 %), Angor *de novo* (28 %), Angor instable (32 %), Infarctus du myocarde (21 %). Deux autres catégories diagnostic, bien que moins fréquentes, ont été identifiées : l'infarctus ancien (0,2 %) et la cardiopathie ischémique (1,2 %).

Les appels des patients, des familles et des témoins classés comme appels pour douleurs thoraciques sans diagnostic précis (56 %), proviennent essentiellement des familles (61 %) et des témoins (22 %), seuls 17 % de ces appels proviennent des patients.

Les appels pour douleurs thoraciques, provenant des médecins généralistes, sont à 51 % classés sous l'appellation douleurs thoraciques sans diagnostic précis, le reste des appels de médecins généralistes se répartissant en :

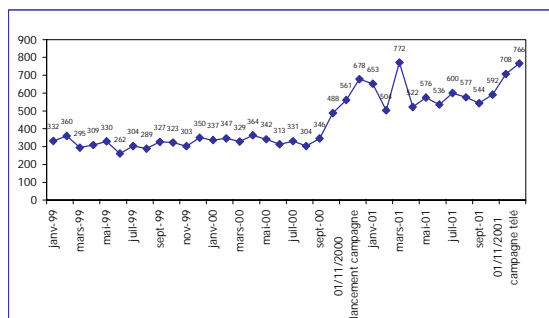
- appels pour angor *de novo* (27 % des appels) ;
- appels pour angor instable (38 % des appels) ;
- appels pour infarctus du myocarde (29 % des appels).

¹ Il s'agit de l'évolution des appels des patients et des médecins généralistes au centre 15 du Nord, pour la période 1999-2001.

Une augmentation perceptible des appels parallèle à la campagne

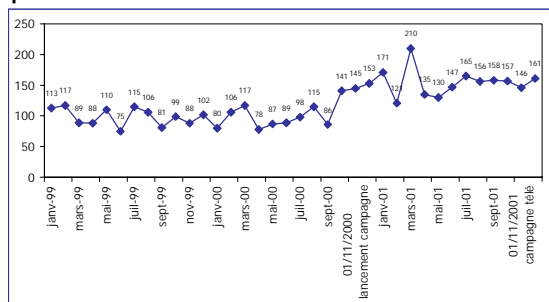
Les appels primaires pour douleurs thoraciques, sans diagnostic établi, qu'ils proviennent des patients eux-mêmes ou des médecins généralistes, connaissent des variations mensuelles avec des hausses et des baisses. Mais la tendance générale, d'une année sur l'autre et d'un trimestre à l'autre, est à l'augmentation (Figures 1 et 2).

Figure 1 : Nombre mensuel d'appels de la population générale, pour douleurs thoraciques au centre 15



Source : Centre 15 du Nord. Prise en charge des appels primaires dans le département du Nord. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Figure 2 : Nombre mensuel d'appels, des médecins généralistes, pour douleurs thoraciques au centre 15

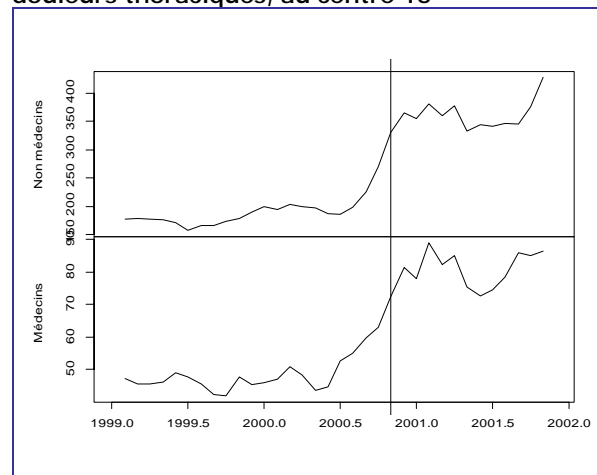


Source : Centre 15 du Nord. Prise en charge des appels primaires dans le département du Nord. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Lorsque l'on regarde ces 2 graphiques, on constate que malgré l'existence de fluctuations mensuelles, les appels primaires pour douleurs thoraciques sans diagnostic précis sont nettement en augmentation depuis le mois d'octobre 2000. Cette augmentation coïncide avec les différentes périodes de la mise en place de la campagne réalisée par l'URCAM, l'URMEL, la DRASS, le Conseil régional et les centres 15.

L'augmentation des appels semble plus nette, lorsque l'on fait une analyse trimestrielle des données, utilisant la méthode de la moyenne mobile sur 3 mois. En effet, les appels primaires des patients au centre 15, sont nettement en augmentation à partir du quatrième trimestre 2000 ; ce qui coïncide avec la période de lancement de la campagne. Cette augmentation des appels continue sa croissance pour atteindre au quatrième trimestre 2001 (c'est-à-dire un an après), un niveau double voire triple de celui du troisième trimestre 2000 (Figure 3). La même tendance est observée dans les appels des médecins généralistes au centre 15, pour douleurs thoraciques sans diagnostic précis.

Figure 3 : Nombre trimestriel d'appels (moyennes mobiles 3 mois) de la population générale et des médecins généralistes pour douleurs thoraciques, au centre 15

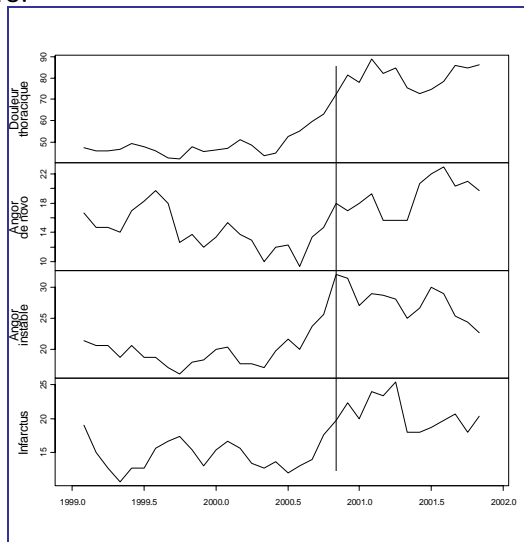


Source : Centre 15 du Nord. Prise en charge des appels primaires dans le département du Nord. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Une analyse des appels des médecins généralistes pour angor *de novo*, angor instable et infarctus du myocarde montre la même tendance que les appels pour douleurs thoraciques, avec une existence des pics trimestriels (Figure 4). Les pics saisonniers ont été également observés dans le registre dijonnais¹ des AVC.

¹ Giroud M, Lemesle M. Prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux. Apport du registre dijonnais des Accidents Vasculaires Cérébraux. *Rev Épidémiol Santé Publique*, 1996 ; 44 : 570-577.

Figure 4 : Nombre trimestriel d'appels (moyennes mobiles 3 mois) des médecins généralistes pour angor de novo, angor instable et infarctus du myocarde, au centre 15.



Source : Centre 15 du Nord. Prise en charge des appels primaires dans le département du Nord. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

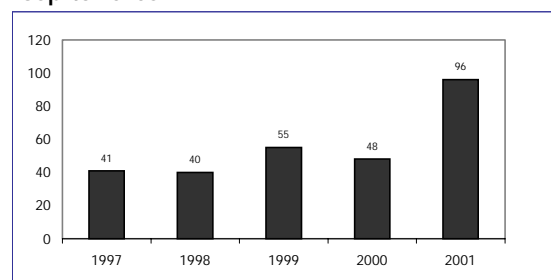
La campagne et l'enjeu de Santé Publique : un bilan positif

L'enquête MONICA¹ a observé qu'il s'écoule plus de 4 heures entre le début des symptômes et les premiers soins médicaux. D'après cette enquête, il apparaît que le recours aux équipes mobiles d'urgence et de réanimation est un comportement très net pour les hommes, tandis que pour les femmes c'est l'appel au médecin généraliste qui reste le premier réflexe : une femme sur deux est hospitalisée moins de 6 heures après le début des symptômes, cette proportion étant un peu plus élevée chez les hommes. Le registre dijonnais² permet d'avancer que les délais d'accès aux soins sont plus brefs en dessous de 65 ans (4 heures) qu'au-dessus (7 heures 30) .

Dans le département du Nord, entre le début des symptômes et les premiers soins médicaux, ce délai est en moyenne estimé à 3h30 mn contre 2 heures en moyenne nationale.

L'amélioration de ces délais, par un recours précoce aux unités mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), est essentielle. En raison d'appels trop tardifs, les spécialistes considèrent que plus de 70 % des patients échappent à toute re-perfusion (thrombolyse et/ou angioplastie). Or, dans le département du Nord, le nombre de patients bénéficiant d'une thrombolyse n'a cessé d'augmenter depuis 1997, pour atteindre en 2001, le double de l'effectif de patients qui ont été thrombolysés en 2000.

Figure 5 : Effectif des thrombolyses pré-hospitalières



Source : Centre 15 du Nord. Prise en charge des appels primaires dans le département du Nord. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

L'analyse des données montre que les différentes augmentations repérées coïncident fortement avec les différents temps de la campagne entreprise dans la région. Toutefois, il pourrait s'avérer nécessaire de tenir compte de l'existence de facteurs de confusion, afin de mieux encore mettre en évidence l'impact atteint.

¹ Facteurs de risque et comportements de prévention dans la population des 3 registres MONICA-France : Enquête de population 1994-1997. Édité par la Fédération Française de Cardiologie.

² Giroud M, Lemesle M. Prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux. Apport du registre dijonnais des Accidents Vasculaires Cérébraux. *Rev Épidémiol Santé Publique*, 1996 ; 44 : 570-577.

Programme Régional d'Action
Santé Environnement



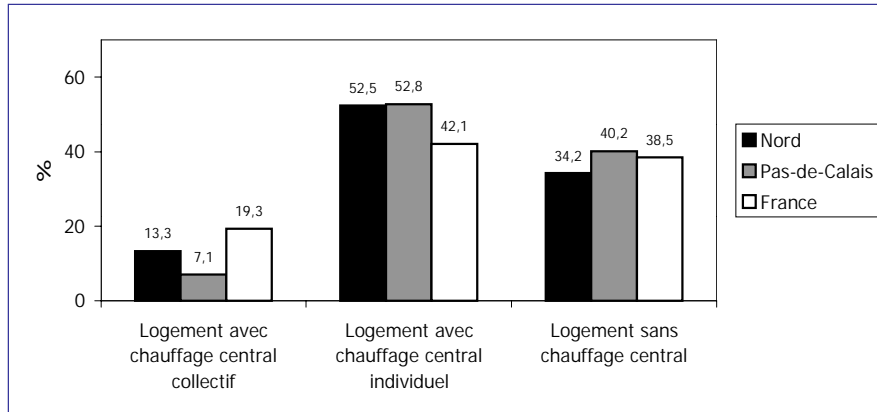
*Programme Régional d'Action
Santé Environnement*

LES OBJECTIFS DU PRASE	123
- Volet habitat	123
Problématique Intoxication au monoxyde de carbone	123
Problématique Saturnisme infantile	123
Problématique Logement insalubre	123
- Volet évaluation et gestion des risques sanitaires à proximité de sites pollués	125
LES INDICATEURS DE CONTEXTE	125
- L'intoxication au monoxyde de carbone	125
Modes de chauffage	127
Mortalité	127
Hospitalisations	129
Réseaux de toxico-vigilance	129
- Le saturnisme infantile	129
Les enfants de moins de 6 ans, une population à risque	131
L'habitat	131
Activité de dépistage	131
- Le logement insalubre	133
Le confort des logements	133
Les plaintes pour insalubrité	133
- L'évaluation et la gestion des risques sanitaires à proximité des sites pollués	135
Les sites pollués	135
Les émissions	135
LES PROJETS RETENUS EN 2002	136
Le point sur...	
... Le dépistage du saturnisme infantile dans la région Nord – Pas-de-Calais	137

Cartes [17](#), [40](#), [41](#), [42](#), [43](#), [44](#), [45](#), [46](#), [47](#), [48](#), [49](#), [50](#)

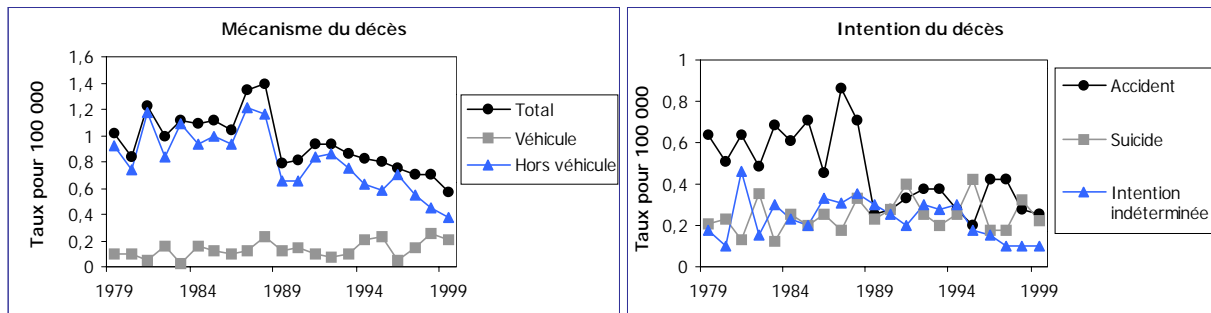
Programme Régional d'Action Santé Environnement

6-1 Répartition des logements en fonction de leur mode de chauffage, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, en 1999



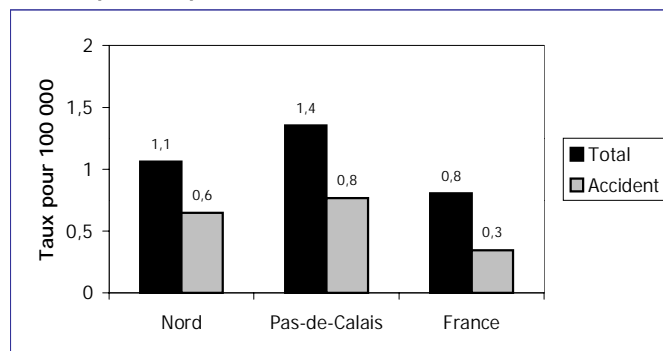
Source : INSEE RGP 1999.

6-2 Évolution du nombre de décès par intoxication au monoxyde de carbone en fonction du mécanisme de décès et de l'intention, dans le Nord – Pas-de-Calais



Source : INSERM.

6-3 Répartition du nombre de décès par intoxication au monoxyde de carbone, Nord, Pas-de-Calais versus France métropolitaine pour la période 1985-1998



Source : INSERM, InVS.

Programme Régional d'Action Santé Environnement

Dans la région Nord – Pas-de-Calais, les préoccupations de la population vis-à-vis des problèmes de santé liés à l'environnement ont été clairement exprimées lors des États Généraux de la santé (février 1999) et de la Conférence Régionale de Santé de 1999. Cette dernière a identifié **4 thématiques** liées à notre environnement ayant un impact majeur sur la santé des personnes. Il s'agit des intoxications au monoxyde de carbone, du saturnisme infantile, de l'insalubrité des logements et de l'évaluation et la gestion des risques sanitaires à proximité des sites pollués.

En novembre 2001, l'assemblée générale du PRASE (**Programme Régional d'Action Santé Environnement**) a validé les objectifs élaborés par les groupes de travail composés : d'usagers représentés par des associations, d'industriels, de professionnels de santé, d'institutionnels et de décideurs.

Certaines des thématiques retenues sont complexes et transversales ; c'est pourquoi, les travaux d'élaboration du PRASE ont été répartis en deux volets. Le premier volet traite de l'habitat et rassemble les problématiques intoxication au monoxyde de carbone, saturnisme infantile et logement insalubre. Le second volet concerne l'évaluation et la gestion des risques sanitaires à proximité des sites pollués.

LES OBJECTIFS DU PRASE

Volet Habitat

Le groupe de suivi du volet habitat a souhaité que les trois problématiques soient abordées de manière globale. Plusieurs objectifs sont communs aux 3 problématiques. 2 objectifs prioritaires communs ont été fixés pour 2002 :

- éviter que la population habite ou intègre un logement insalubre ou pouvant présenter un risque d'accessibilité au plomb ou au monoxyde de carbone ;
- améliorer les compétences de la population concernant les risques sanitaires liés à l'habitat insalubre, au plomb et au monoxyde de carbone dans l'habitat.

Par ailleurs, des objectifs spécifiques à chaque problématique ont été élaborés.

Problématique Intoxication au monoxyde de carbone

Le but du PRASE est d'obtenir, de manière significative et durable, une baisse des intoxications au monoxyde de carbone dans la région. Pour atteindre ce but, 2 axes principaux de travail ont été définis :

- diminuer le nombre d'intoxications au monoxyde de carbone par des actions préventives et limiter l'importance des conséquences sanitaires des intoxications ;
- obtenir une modification des comportements de la population vis-à-vis du monoxyde de carbone et encourager le traitement des installations à risque dans les habitations et les lieux de vie, en s'appuyant sur une politique de communication ciblée.

Le groupe de suivi du volet habitat a fixé 5 objectifs prioritaires pour l'année 2002 en ce qui concerne la problématique intoxication au monoxyde de carbone. Les objectifs prioritaires suivants ont tous pour échéance 2006 :

- faire en sorte que les individus ne soient pas intoxiqués par le monoxyde de carbone dans leur logement par les appareils à combustion ;
- optimiser les aides financières mobilisables contre les risques sanitaires liés au monoxyde de carbone dans l'habitat ;
- mieux connaître les conséquences sanitaires aiguës au monoxyde de carbone ;
- améliorer la prise en charge des personnes intoxiquées ;
- diminuer de 50 % le taux de récurrence des intoxications au monoxyde de carbone.

Problématique Saturnisme infantile

Le but du PRASE est de faire en sorte que les enfants ne soient pas ou plus intoxiqués par le plomb dans la région. Pour atteindre ce but, deux axes principaux de travail ont été définis :

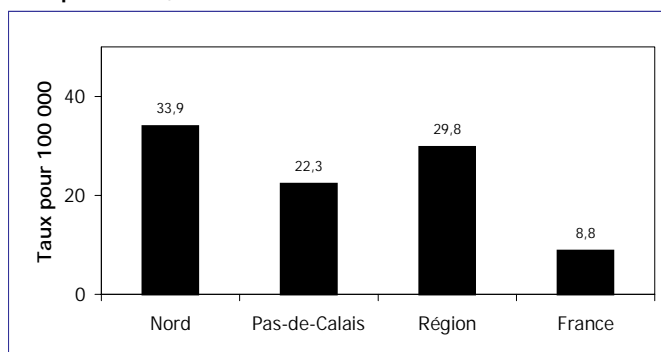
- éviter l'intoxication en agissant directement sur l'environnement de l'enfant ;
- atténuer les conséquences de l'intoxication au plomb.

Le groupe de suivi du volet habitat a fixé 4 objectifs prioritaires pour l'année 2002 en ce qui concerne la problématique saturnisme infantile. Les objectifs prioritaires suivants ont tous pour échéance 2006 :

- faire bénéficier d'un dépistage précoce les enfants de 0 à 6 ans habitant dans des zones-cibles prioritaires vis-à-vis d'une exposition au plomb dans l'habitat ;
- faire en sorte que les logements des enfants intoxiqués bénéficient de travaux de mise en sécurité après le signalement d'une intoxication ;
- assurer le suivi sanitaire de la population infantile atteinte de saturnisme ;
- optimiser le suivi des logements présentant un risque d'exposition au plomb.

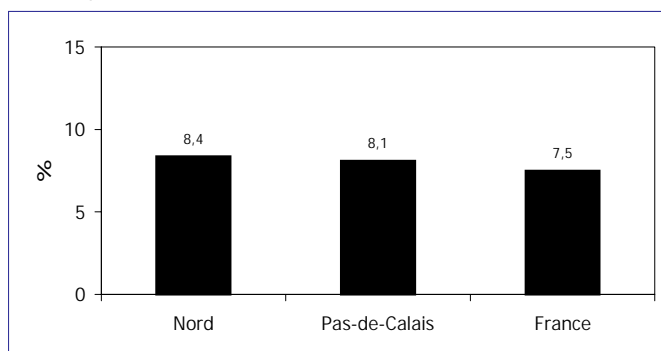
Programme Régional d'Action Santé Environnement

6-4 Taux moyen annuel d'hospitalisation pour intoxication au monoxyde de carbone, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, en 1997-1999



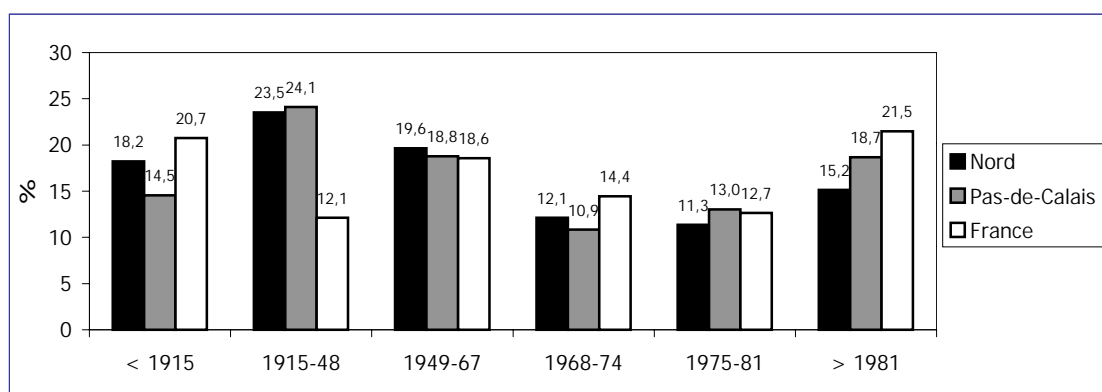
Source : PMSI, InVS.

6-5 Part de la population d'enfants de moins de 6 ans dans la population, Nord, Pas-de-Calais versus France métropolitaine, en 1999



Source : INSEE RGP 1999.

6-6 Répartition des résidences principales en fonction de leur date de construction, Nord – Pas-de-Calais versus France



Source : INSEE RGP 1999.

Programme Régional d'Action Santé Environnement

Problématique Logement insalubre

Le but du PRASE est de faire en sorte que la santé de la population du Nord – Pas-de-Calais ne soit plus altérée par ses conditions de logement. Pour atteindre ce but, 4 axes principaux de travail ont été définis :

- améliorer la connaissance du phénomène et des lieux où se produit l'insalubrité ;
- donner à la population les moyens techniques et financiers d'éviter et/ou de sortir de l'insalubrité ;
- mieux connaître les attentes de la population afin d'y répondre au mieux : améliorer les conditions de logement sans bouleverser le contexte de vie ;
- améliorer la prise en charge sociale, sanitaire et technique de l'insalubrité.

Le groupe de suivi du volet habitat a fixé 3 objectifs prioritaires pour l'année 2002 en ce qui concerne la problématique logement insalubre. Les objectifs prioritaires suivants ont tous pour échéance 2006 :

- traiter et suivre les situations de logement insalubre ;
- permettre aux personnes vivant dans un logement insalubre de bénéficier d'une prise en charge médicale ;
- assurer un accompagnement et un suivi social des personnes confrontées à l'insalubrité en favorisant leur relogement.

Volet Évaluation et gestion des risques sanitaires à proximité de sites pollués

Le but du PRASE est de diminuer l'impact des activités polluantes sur la santé. Pour atteindre ce but, 2 axes principaux de travail ont été définis :

- faire en sorte que la population soit moins exposée aux polluants ;
- diminuer les conséquences de l'exposition aux polluants.

Le groupe de suivi du volet évaluation et gestion des risques sanitaires à proximité de sites pollués a fixé pour l'année 2002 cinq objectifs prioritaires :

- diminuer la présence des polluants dans l'environnement ;
- limiter la population avec les polluants présents dans l'environnement ;
- mieux connaître les effets des polluants sur la santé ;
- détecter et reconnaître précocement les effets des polluants sur la santé ;
- faire en sorte que la population bénéficie d'une prise en charge et d'un suivi adaptés.

Les problèmes sanitaires liés à l'environnement sont souvent insidieux et difficiles à identifier. Les maladies d'origines environnementales ont fréquemment une origine multifactorielle et il est difficile de faire la part entre les différents facteurs de risque. Par ailleurs, les données disponibles sont souvent incomplètes. Dans les pages suivantes nous présentons le contexte régional de la problématique Santé-Environnement à l'aide d'indicateurs de la qualité de l'environnement mais aussi de quelques indicateurs sanitaires.

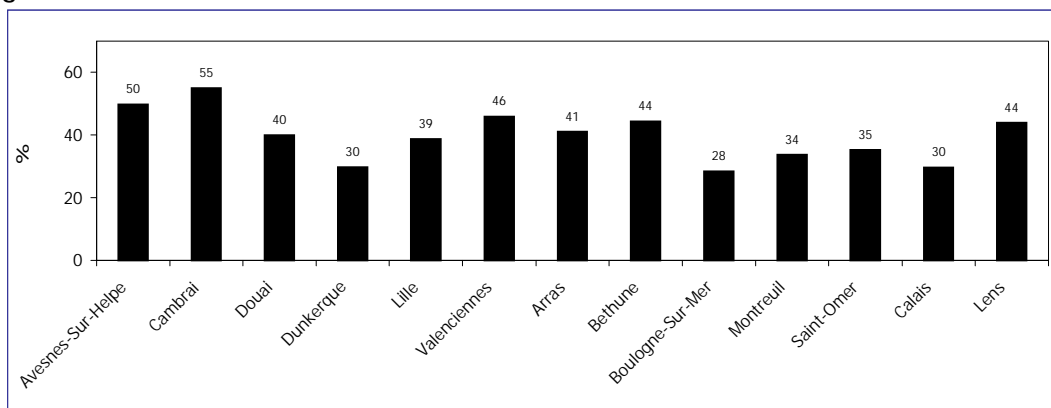
LES INDICATEURS DE CONTEXTE

L'intoxication au monoxyde de carbone

L'intoxication par le monoxyde de carbone est la première cause de mortalité d'origine toxique dans les pays industrialisés. Les intoxications au monoxyde de carbone sont pour la plupart d'origines accidentelles, liées à l'utilisation défectueuse d'une source d'énergie avec combustion. Dans l'habitat, le monoxyde de carbone peut être produit par tout appareil à combustion (appareil de chauffage, chauffe-eau, appareil de bricolage, moteur thermique...), quel que soit le combustible utilisé (gaz, charbon, dérivés du pétrole, bois), dès que les conditions d'aération, de ventilation et d'évacuation des produits de combustion sont défectueuses.

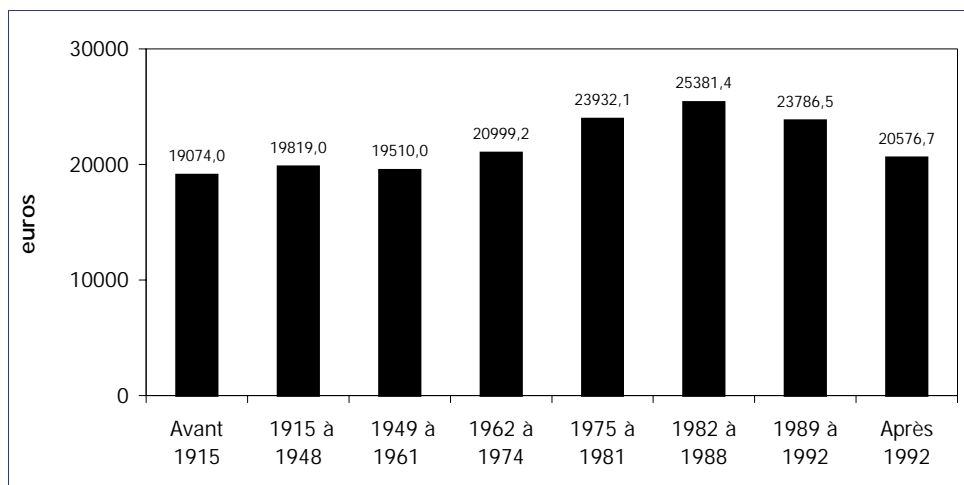
Programme Régional d'Action Santé Environnement

6-7 Répartition par arrondissement du Nord – Pas-de-Calais, du nombre de ménages vivant dans des logements construits avant 1948



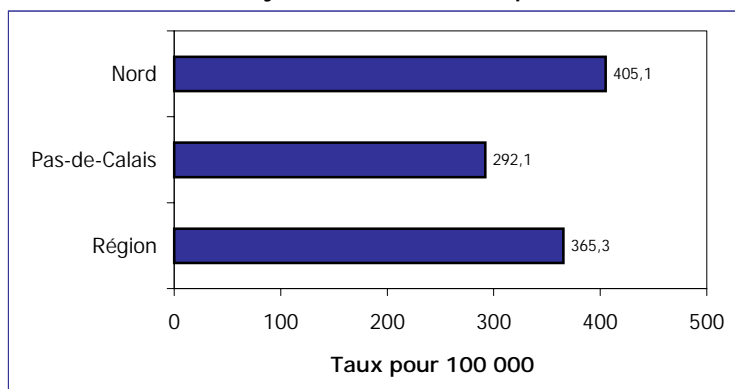
Source : INSEE RGP 1999.

6-8 Revenu annuel moyen des ménages du Nord – Pas-de-Calais, selon l'année d'achèvement du logement



Source : INSEE Enquête logement 1996.

6-9 Part des enfants de moins de 6 ans ayant bénéficié d'une plombémie en 1995



Source : SNSSI.

Modes de chauffage

Le recensement de la population effectué par l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques) en 1999, ainsi que les enquêtes Logement de 1992 et 1996, nous permettent d'avoir des informations sur les modes de chauffage des ménages de la région. Ainsi, 34 % des ménages dans le Nord et 40 % des ménages dans le Pas-de-Calais ne disposaient pas, en 1999, du chauffage central (Figure 6-1). L'utilisation du charbon reste fréquente dans la région et est surtout liée à des raisons historiques, en particulier dans le Bassin minier. Le charbon équipe en majorité des logements construits avant les années 70. En 1999, dans la région 86,5 % des logements équipés d'un chauffage central au charbon dataient d'avant 1974. En France, le charbon alimente des chauffages d'appoint pour 56 %¹.

Le bilan des données sur le contexte de l'intoxication fournies par les enquêtes techniques réalisées par la DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales) du Nord entre 1991 et 1999, montre que le chauffe-eau raccordé à un conduit de fumée est la cause de 15 % des intoxications, 22 % sont dues à un appareil à charbon. Le contexte socio-économique défavorable de la région, ainsi que la situation de précarité dans laquelle se trouve certains ménages (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins) peuvent les conduire à ne pas pouvoir maintenir leur appareil de chauffage, ou leur système d'évacuation en bon état ou bien encore les amènent à choisir des techniques de chauffage plus économiques mais qu'une utilisation inadaptée rend dangereuse. Ainsi, entre 1991 et 1999, 2 % des intoxications au monoxyde de carbone étaient dues à des poêles à pétrole lampant. Bien que faible, la proportion des intoxications chroniques dues à ce mode de chauffage est en augmentation depuis 1991.

Mortalité

L'intoxication est le plus souvent accidentelle mais peut parfois entrer dans le cadre d'un acte volontaire (tentative de suicide, homicide). Le groupe de programmation du PRASE a délimité son champ d'action aux intoxications aiguës ou chroniques d'ordre accidentel liées à des concentrations élevées de monoxyde de carbone au sein des locaux habités ou occupés. La neuvième Classification Internationale des Maladies, qui est utilisée par l'INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale) pour coder les causes de décès, différencie deux modes d'intoxication (accidentelle, suicide), mais aussi le mécanisme de l'intoxication (gaz d'échappement de véhicules à moteur, monoxyde de carbone provenant de la combustion incomplète d'autres produits à usage domestique...). En pratique, la très grande majorité des décès imputables à des intoxications d'origine aérienne sont dus au monoxyde de carbone. Les circonstances des intoxications accidentelles domestiques relèvent souvent de causes multiples : un chauffage ou un chauffe-eau défectueux ou mal installé associé au calfeutrage des ouvertures d'aération et des conditions météorologiques défavorables (brouillard, redoux). Parmi les décès domiciliés dans le Nord – Pas-de-Calais entre 1979 et 1999, nous avons extrait des données de l'INSERM les décès dont la cause principale ou l'une des deux causes associées était soit une intoxication accidentelle ou une intoxication indéterminée quant à l'intention par d'autres gaz utilitaires ou oxyde de carbone d'autre origine (code E868.0 à E868.9, E981.0 à E982.1), soit un suicide par gaz à usage domestique (E951.0 à E952.1). Les décès par intoxication au monoxyde de carbone survenus au cours d'un incendie n'ont pas été retenus.

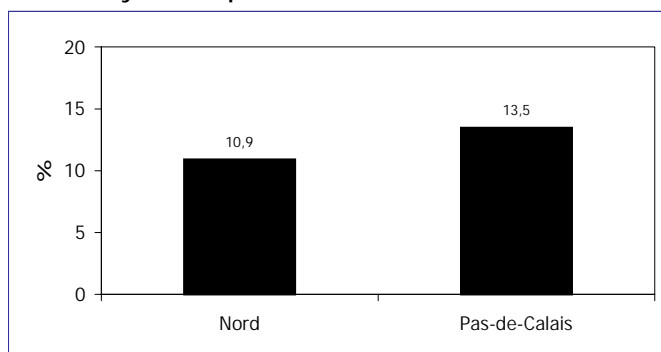
Dans la région Nord – Pas-de-Calais, entre 1979 et 1999, on a observé en moyenne 37 décès par an par intoxication au monoxyde de carbone, quels que soient l'intention du décès et le mécanisme, et en moyenne 18 décès accidentels par an par intoxication au monoxyde de carbone n'impliquant pas un véhicule à moteur. Le taux de décès a diminué de moitié en 20 ans, passant de 1 décès pour 100 000 habitants à 0,5 pour 100 000 en 1999 (Figure 6-2). L'évolution du nombre de décès en fonction du mécanisme montre qu'au cours de ces 20 dernières années, le taux de mortalité dû aux gaz d'échappement de véhicule à moteur reste stable, de même que les décès liés aux suicides. La baisse constatée est principalement liée aux décès accidentels.

Malgré cette baisse importante, le département du Pas-de-Calais reste au premier rang des départements français pour les décès par intoxication au monoxyde de carbone hors suicide et incendie, survenus entre 1985 et 1998 (0,77 décès pour 100 000 habitants), juste devant le Nord (0,64 décès pour 100 000 habitants) pour un taux moyen français de 0,34 décès pour 100 000 habitants (Figure 6-3). Nous avons estimé le taux annuel moyen de décès en rapportant le nombre annuel moyen de décès survenus entre 1985 et 1998 à la population estimée au milieu de cette période (1992).

¹ La consommation d'énergie à usage domestique depuis quarante ans. *INSEE Première* 2002 ; (845) : 1-4.

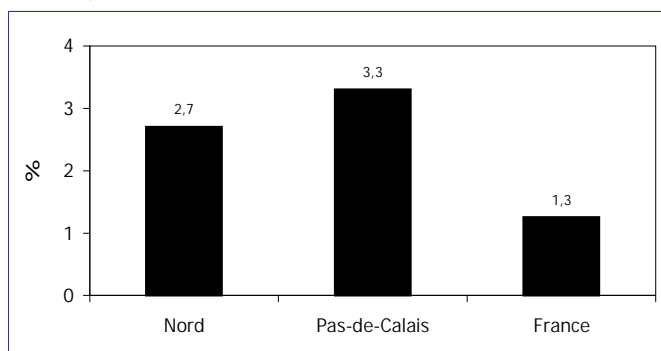
Programme Régional d'Action Santé Environnement

6-10 Proportion d'enfants (en %) ayant une plombémie supérieure à 100 µg/l dans la population des enfants de moins de 6 ans ayant été prélevés en 1994-1995



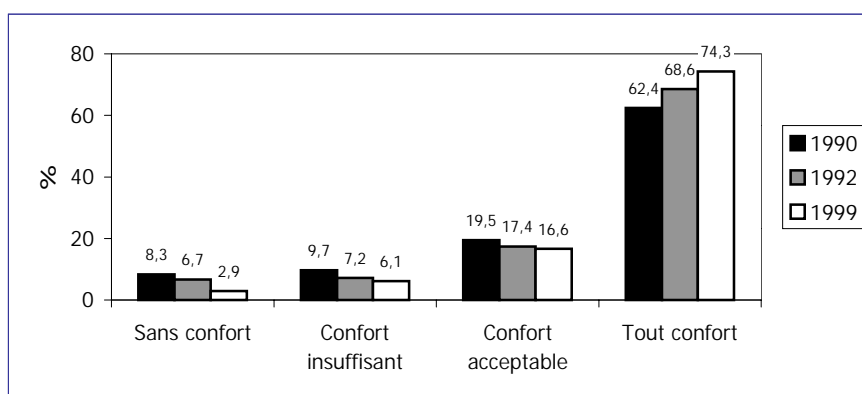
Source : SNISSI.

6-11 Part des logements sans confort (en %) parmi les résidences principales, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, en 1999



Source : INSEE RGP 1999.

6-12 Évolution du nombre de résidences principales selon le confort entre 1990 et 1999 dans le Nord - Pas-de-Calais



Source : INSEE RGP 1999.

Hospitalisations

Au premier rang des décès par intoxication au monoxyde de carbone, la région représente aussi le quart des hospitalisations françaises pour intoxication au monoxyde de carbone. De 1997 à 1999 (Figure 6-4), le taux moyen annuel d'hospitalisation pour intoxication au monoxyde de carbone pour 100 000 habitants était de 29,8 dans la région (soit en moyenne 867 hospitalisations par an dans le Nord et 321 dans le Pas-de-Calais), et de 8,8 en France¹ (soit 5 308 hospitalisations par an en moyenne). Les données d'hospitalisations sont issues de la base de données construite dans le cadre du dispositif PMSI (Programme de Médicalisation du Système d'Information) mis en place depuis 1990 dans les unités de court-séjour des établissements hospitaliers publics ou participant au service public hospitalier (PSPH). Le PMSI est un outil médico-économique élaboré à son origine pour la gestion des ressources hospitalières. Les données du PMSI sont transmises chaque année à la DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales). Une exploitation des données régionales du PMSI a été réalisée par la DRASS Nord - Pas-de-Calais en 2002. Elle portait sur les séjours hospitaliers de l'année 2000 pour lesquels le diagnostic principal ou associé était "effets toxiques du monoxyde de carbone" (code T58 de la dixième CIM, Classification Internationale des Maladies). L'unité d'observation du PMSI est le séjour hospitalier et non le patient. Les hospitalisations faisant l'objet d'un transfert, principalement au centre hyperbare du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille, n'ont pas été comptabilisées afin d'éviter les doublons. La DRASS a étudié la répartition de l'origine géographique des patients intoxiqués. Les cas recensés ont été regroupés par secteur sanitaire de résidence. Le secteur sanitaire correspond aux aires d'attraction des hôpitaux. Le Nord - Pas-de-Calais compte 11 secteurs sanitaires. A ce niveau (Carte 40), on observe de fortes disparités entre les secteurs sanitaires de Douai et Calais (plus de 40 hospitalisations pour 100 000 habitants) et ceux de Boulogne et Maubeuge (moins de 15 hospitalisations pour 100 000 habitants). Quelques précautions sont à prendre pour interpréter cette carte car les résultats fournis à partir de la base PMSI sont dépendants de plusieurs facteurs et notamment de la qualité du codage des diagnostics dans les établissements et du repérage de cette pathologie. Par ailleurs, au moment de la réalisation de cette exploitation, la DRASS ne disposait pas de la base de données PMSI concernant les établissements privés de santé, or certains cas ont pu y être enregistrés, en particulier dans les établissements dotés d'un service d'urgences. Néanmoins, les données nationales du PMSI concernant les établissements privés, disponibles sur le site Internet de la Mission PMSI, montrent qu'en 2000 les hospitalisations pour intoxication au monoxyde de carbone dans un établissement privé représentaient 1 % des hospitalisations.

Réseaux de toxico-vigilance

Les pouvoirs publics ont mis en place depuis 1994 les réseaux de toxico-vigilance. Ces réseaux sont organisés à partir des Centres Anti-Poisons. Leurs objectifs comprennent la surveillance des intoxications au monoxyde de carbone. Le Centre Anti-Poisons de Lille pilote le réseau "Grand Nord", qui couvre les régions Nord - Pas-de-Calais, Picardie, Champagne-Ardenne, Haute et Basse Normandie. En 2001, le réseau a enregistré 1 343 cas d'intoxication au monoxyde de carbone. Nous n'avons pas eu accès aux données spécifiques à la région Nord - Pas-de-Calais.

Il existe plusieurs sources de données quantitatives sur l'intoxication au monoxyde de carbone et aucune n'est vraiment exhaustive et représentative de l'incidence. Cela justifie la volonté du groupe de programmation du PRASE que d'ici 2003, l'ensemble des données existantes sur la population intoxiquée soit centralisé, analysé et diffusé par une instance régionale².

Le Saturnisme infantile

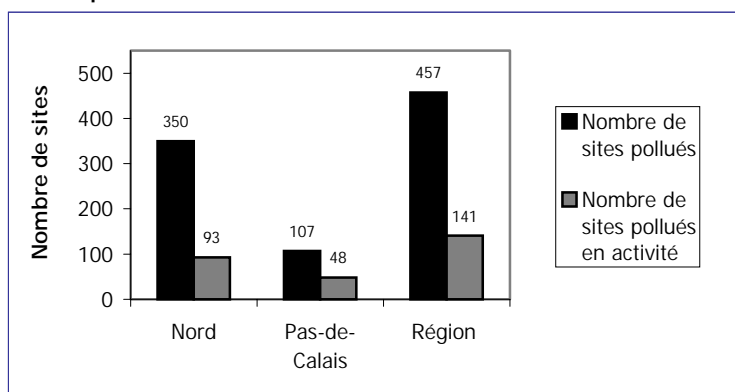
Le saturnisme infantile est une intoxication aiguë ou chronique par le plomb ou les sels de plomb chez l'enfant. L'ingestion ou l'inhalation de plomb provoque des troubles réversibles (anémie, troubles digestifs) et irréversibles (atteintes du système nerveux). Les principales sources d'exposition au plomb dans l'habitat pour l'enfant sont l'eau de boisson, les poussières et les écailles de peinture au plomb issues de la dégradation des murs, portes et montants de fenêtres dans l'habitat ancien datant d'avant 1948.

¹ Salines G (sous la direction de). *Surveiller les intoxications dues au monoxyde de carbone*. Saint-Maurice : Institut de Veille Sanitaire, à paraître.

² DRASS Nord - Pas-de-Calais. PRASE-Programme Régional Action Santé Environnement. Volet Intoxication au monoxyde de carbone, Objectif opérationnel 2.1.3. 2001.

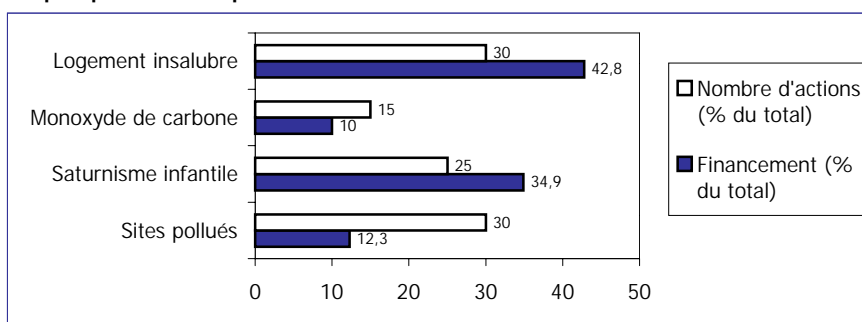
Programme Régional d'Action Santé Environnement

6-13 Sites pollués et sites pollués encore en activité



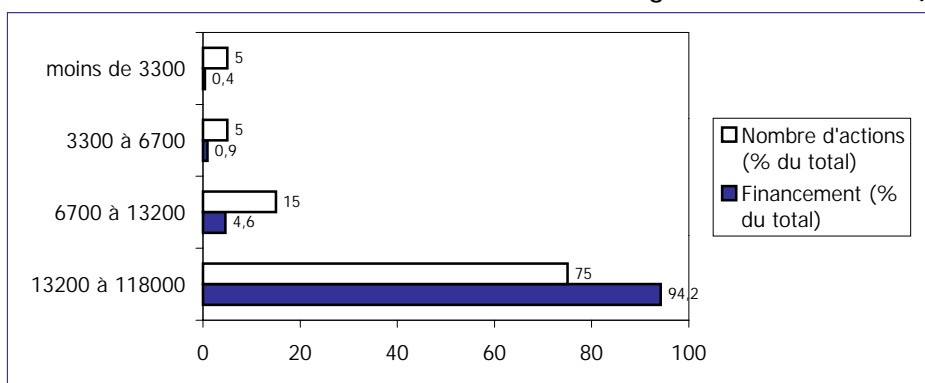
Source : BASOL - Ministère de l'Écologie et du Développement Durable.

6-14 Répartition par problématique du nombre d'actions et de leur financement



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

6-15 Répartition des actions et de leur financement selon la catégorie de financement (en euros)



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

Les enfants de moins de 6 ans, une population à risque

La population des enfants de moins de 6 ans est la population la plus exposée au plomb et la plus sensible pour des raisons physiologiques, mais aussi comportementales (contacts mains-bouche fréquents). Au dernier recensement de la population réalisé par l'INSEE, les enfants de moins de 6 ans représentait 8,4 % de la population du Nord et 8,1 % de la population du Pas-de-Calais ; ce qui est à peine plus élevé que ce que l'on observe au niveau national (Figure 6-5).

L'habitat

L'interdiction d'utilisation du plomb dans les peintures a été prise en France en novembre 1948 en ce qui concerne les professionnels¹. La commercialisation des peintures contenant des sels de plomb est interdite depuis 1993. Les peintures au plomb sont potentiellement présentes dans les logements construits avant 1948. La région est la première de France en ce qui concerne l'importance de son parc de logements construits entre 1915 et 1948, ceci à cause des dégâts de la première guerre mondiale (Figure 6-6). Dans le Hainaut, c'est environ la moitié des ménages qui vivent dans des logements construits avant 1948. Sur le Littoral, ils sont environ 30 % à vivre dans des logements d'avant 1948 (Figure 6-7). Un ménage, selon l'INSEE, est constitué de toutes les personnes habitant sous le même toit quel que soit le lien de parenté. Il y a égalité stricte entre le nombre de ménages et le nombre de résidences principales.

Les données du fichier FILOCOM (Fichier des Logements par COMMunes) fournies par le Centre d'Étude Technique de l'Équipement Nord – Picardie permettent de croiser l'information sur la date de construction et sur l'âge des occupants. Ce fichier est construit par la Direction Générale des Impôts pour les besoins du Ministère de l'Équipement. Il est constitué à partir des données de la taxe d'habitation. Dans la version de 1999, de nouvelles variables ont été introduites et notamment les années de naissances des personnes à charge (ascendants et descendants)².

En moyenne, dans la région, 15 % des ménages vivant dans des logements construits avant 1948 ont des enfants de moins de 6 ans (Carte 41). Dans le département du Nord, tous les arrondissements présentent un pourcentage de logements avant 1948 avec enfants de moins de 6 ans très proche ou supérieur à la moyenne régionale (de 14,4 % dans l'arrondissement d'Avesnes-sur-Helpe à 16,5 % dans l'arrondissement de Lille). Dans le département du Pas-de-Calais, la part des logements hébergeant des enfants de moins de 6 ans est moins importante ; elle va de 11,1 % dans l'arrondissement de Montreuil à 14,7 % dans celui de Calais. Dans l'arrondissement de Cambrai, environ 2 enfants de moins de 6 ans sur 3 vivent dans des logements construits avant 1948, et dans les arrondissements d'Avesnes-sur-Helpe, de Lille, ainsi que dans le Bassin minier (Lens et Béthune) c'est la moitié des enfants de moins de 6 ans qui vivent dans des logements d'avant 1948 (Carte 41). Le plomb présent dans les peintures est accessible à l'enfant si son logement est peu entretenu ou dégradé. L'enquête Logement³ réalisée en 1996 par l'INSEE montre que pour les logements construits avant 1961, le revenu des ménages de la région est plus faible que celui des ménages vivant dans des logements plus récents (Figure 6-8). Dans les zones d'habitat de Béthune, Lens, Douai, Valenciennes et Maubeuge regroupées dans la zone d'habitat Bassins Industriels, les ménages occupant le parc de logements construits entre 1915 et 1948 ont des revenus annuels moyens plus faibles que ceux du littoral et de la métropole lilloise occupant des logements construits au cours de la même période (respectivement -5 % et -19 %). L'enquête Logement est réalisée environ tous les 4 ans sur un échantillon régional de près de 5 000 logements. Trois grandes zones d'habitat de la région sont concernées : la métropole lilloise, les bassins industriels et le littoral.

La source principale de l'exposition au plomb est donc l'habitat mais des sources industrielles sont aussi présentes dans la région. Les plus gros émetteurs de plomb du Nord – Pas-de-Calais se situent dans le Bassin minier et sur le littoral⁴.

Activité de dépistage

En 1994 et 1995, les deux départements ont participé aux activités de dépistage du saturnisme infantile lancées par la Direction Générale de la Santé depuis 1993. L'activité de dépistage du Pas-de-Calais a été concentrée autour d'un site industriel de la métallurgie des non-ferreux implanté dans le Douaisis. L'activité du département du Nord a porté sur des secteurs urbains avec prédominance de logements anciens dégradés (Haumont, Lille, Roubaix, Tourcoing). Ils sont 1 679 enfants à avoir bénéficié d'un dépistage : 1 040 dans le Nord et 639 dans le Pas-de-Calais (Figure 6-9). Dans le Pas-de-Calais, 13,5 % des plombémies réalisées étaient supérieures à 100 µg/l (Figure 6-10).

¹ INSERM. *Expertise collective. Plomb dans l'environnement. Quels risques pour la santé ?* Paris : Les Éditions INSERM, 1999.

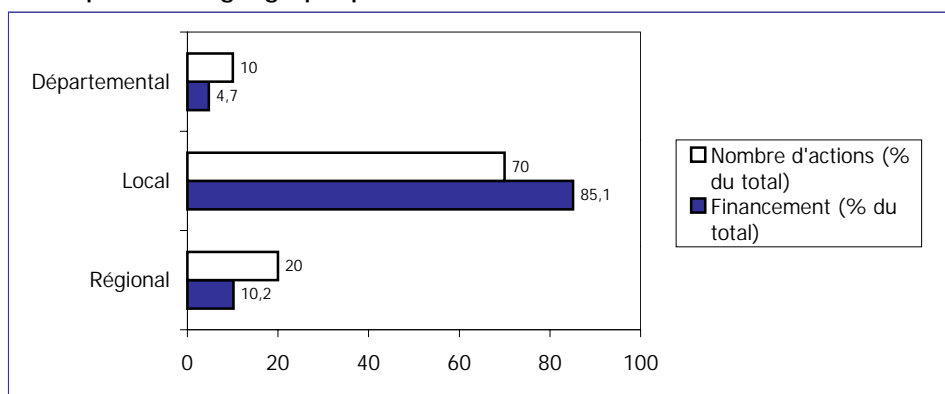
² Vandendriessche M. FILOCOM 95-97-99 (Extraits). CETE Nord-Picardie. 2001.

³ *Les ménages du Nord – Pas-de-Calais et leur logement en 1996*. Lille : INSEE, 1999.

⁴ *L'industrie au regard de l'environnement en 2001*. Douai : Direction Régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement, 2002.

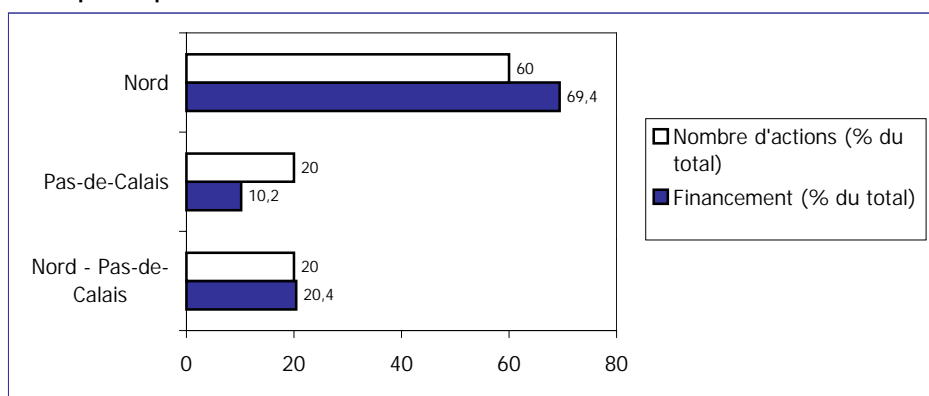
Programme Régional d'Action Santé Environnement

6-16 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement



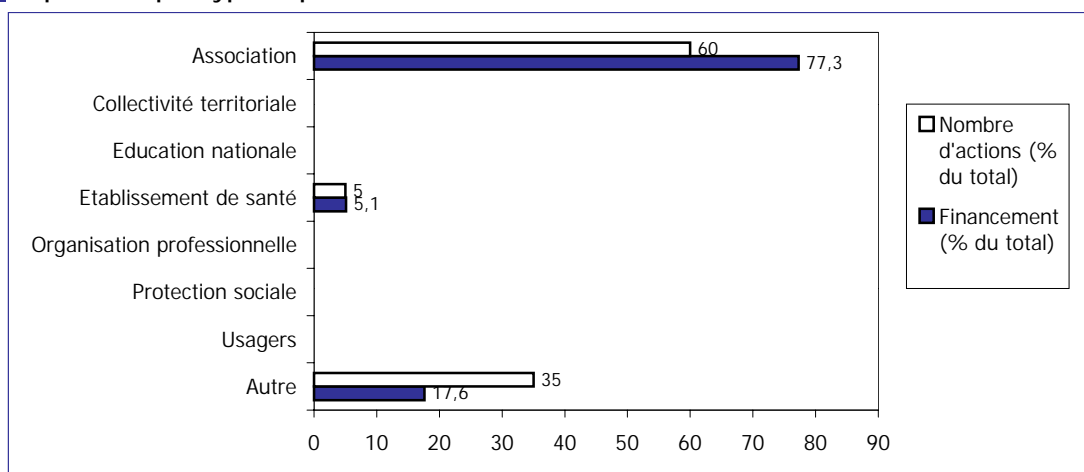
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

6-17 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement



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

6-18 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.

Programme Régional d'Action Santé Environnement

Dans le Nord, 11 % des enfants avaient une plombémie supérieure à 100 µg/l (le pourcentage varie de 7,9 % à Haumont à 16,3 % à Roubaix). Ce type d'activité de dépistage a été renouvelé dans les deux départements ; les résultats sont présentés dans les pages suivantes (Le point sur les activités de dépistage du saturnisme infantile).

Le logement insalubre

Un logement insalubre est un logement dont la configuration (habitabilité médiocre), l'équipement (déficient), l'état (entretien insuffisant) ou les conditions dans lesquelles il est occupé (mauvais usage, surpeuplement), altèrent, aggravent ou constituent un risque direct pour l'état de santé de ses habitants ou de ses voisins.

Le confort des logements

Aucun élément statistique fiable ne permet de mesurer l'habitat insalubre tant au niveau national qu'au niveau régional. Les données relatives au confort et à l'ancienneté de l'habitat constituent une approche indirecte.

En 1999, le nombre de résidences principales dans la région est de 1 641 429 ; soit 7 % du parc national. Le parc de logement construit entre les deux guerres est important mais la région a connu une vague de constructions plus faible depuis 1948 (Figure 6-6). Le Bassin minier et le sud du Nord ont la proportion de résidences principales anciennes la plus élevée. À l'inverse, sur le littoral le parc de logement est plus récent : environ une résidence principale sur trois a été construite après 1948 (Figure 6-7) ; cette zone ayant été fortement touchée lors des bombardements de la seconde guerre mondiale.

En 1999, le Nord – Pas-de-Calais est la région où la part des ménages vivant dans des logements sans confort sanitaire est la plus élevée de France : elle est de 3 % ; soit plus de deux fois la moyenne nationale (Figure 6-11). L'INSEE distingue les logements :

- sans confort : logements sans eau courante, ou ayant l'eau courante mais sans W-C intérieurs, ni douche, ni baignoire ;
- au confort insuffisant : les logements disposant de l'eau courante mais ne disposant pas soit de W-C intérieurs, soit d'installations sanitaires (au moins douche ou baignoire) ;
- au confort acceptable : logements disposant de W-C intérieurs et d'installations sanitaires mais sans chauffage central ;
- tout confort : logements disposant de W-C intérieurs, d'installations sanitaires et du chauffage central.

Les logements sans confort représentent 2,7 % des résidences principales du Nord et 3,3 % des résidences principales du Pas-de-Calais.

Le niveau de confort est lié à l'âge du logement ; dans la région 90 % des logements sans confort datent d'avant 1948 (Carte 42). L'insuffisance de confort des logements est plus marquée dans le Cambrésis (4,5 % des résidences principales), dans les Flandres (arrondissements de Saint-Omer) et le Bassin minier (Béthune, Lens et Valenciennes), alors que le Dunkerquois et le Boulonnais sont mieux équipés en raison des constructions qui ont suivi la seconde guerre mondiale. La proportion de logements sans confort dans la région est passée de 8 % en 1990 à 3 % en 1999. Seule la proportion de logements tout confort a augmenté, passant de 62 % en 1990 à 74 % en 1999 (Figure 6-12).

L'enquête Logement de 1996 montre que la hiérarchie des revenus et le niveau de confort des logements sont étroitement liés. Le rapport entre le revenu des ménages disposant de tout le confort et celui des ménages qui occupent un logement sans confort est de 1,8 en moyenne pour la région. Dans le Bassin minier ainsi que le Cambrésis, le Hainaut et l'Avesnois, environ 1 allocataire de la Caisse d'Allocations Familiales sur 3 se trouve en situation difficile (Carte 17), c'est aussi dans ces territoires que le logement ancien et sans confort est le plus répandu (Carte 42).

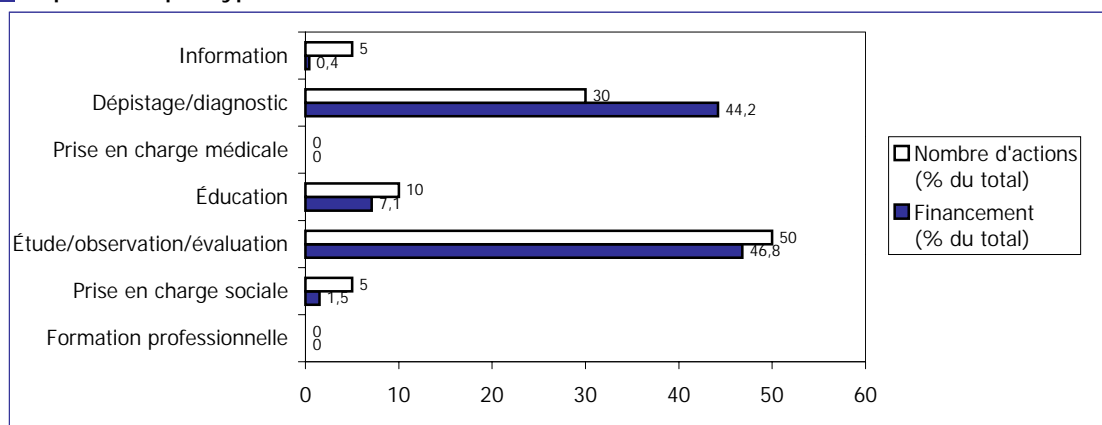
Les plaintes pour insalubrité

Les données disponibles portant sur l'insalubrité constatée sont les plaintes pour insalubrité enregistrées par les DDASS et les services communaux d'hygiène, les arrêtés préfectoraux et les opérations groupées de résorption de l'habitat insalubre. Entre 1998 et 2000, la DDASS du Nord a reçu en moyenne 317 plaintes, la moitié ont fait l'objet d'une enquête et 30 % d'un arrêté préfectoral. Dans le Pas-de-Calais, le nombre de plaintes reçues par la DDASS est du même ordre de grandeur que dans le Nord. Entre 1998 et 2000, 6 arrêtés préfectoraux pour travaux ou démolition ont été pris et portaient sur 4 logements individuels et un îlot de 17 logements. Les dossiers d'insalubrité ne sont qu'un reflet infidèle de la réalité du phénomène, leur nombre dépend de plusieurs facteurs et notamment du mode de gestion des plaintes par les DDASS¹.

¹ Declercq C. *Logement et santé – Données disponibles dans le Nord – Pas-de-Calais*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 1999 ; 44 p.

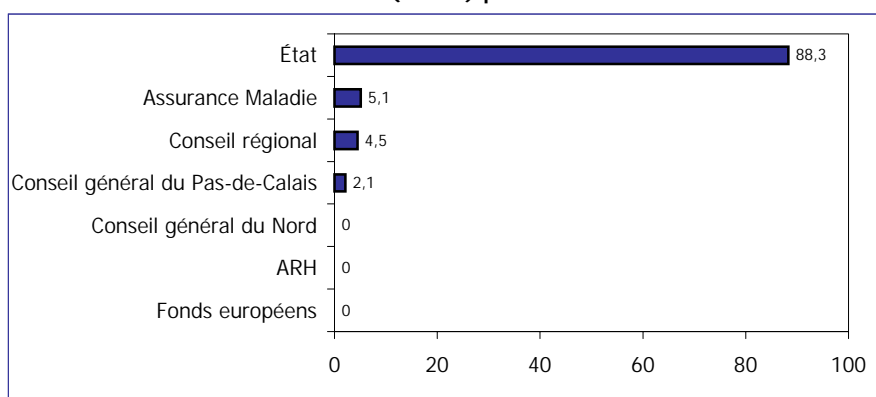
Programme Régional d'Action Santé Environnement

6-19 Répartition par type d'action du nombre d'actions et de leur financement



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

6-20 Répartition du financement des actions (en %) par financeur



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

L'évaluation et la gestion des risques sanitaires à proximité des sites pollués

La pollution est l'introduction directe ou indirecte par l'activité humaine de substances nocives ou dangereuses dans le sol, le sous-sol, la biosphère, l'eau, l'air, susceptible de porter atteinte à la santé humaine ou à la qualité de l'environnement. Les sites dont le siège d'activités polluantes, fixes (industries, activités urbaines) ou mobiles (transports), actuelles ou passées constituent le champ d'action du PRASE.

Les sites pollués

La région est fortement marquée par son passé industriel, comme en témoigne le nombre de sites pollués qui représentent, en 2002, 13,5 % des sites répertoriés au niveau national. Le ministère de l'Écologie et du développement durable considère qu'un site pollué est un site qui, du fait d'anciens dépôts de déchets ou d'infiltration de substances polluantes, présente une pollution susceptible de provoquer une nuisance ou un risque pérenne pour les personnes ou l'environnement. Ces situations sont souvent dues à d'anciennes pratiques sommaires d'élimination des déchets, mais aussi à des fuites ou des épandages de produits chimiques, accidentels ou non. Il existe également, autour de certains sites, des contaminations dues à des retombées de rejets atmosphériques accumulés au cours des années voire des décennies. Dans le département du Nord, la DRIRE a répertorié 350 sites pollués dont 26,5 % sont encore en activité (Figure 6-13). 44 % des sites pollués du Nord sont localisés dans l'arrondissement de Lille, mais les trois quart sont d'anciens sites industriels (Carte 43). Cette répartition "sites en activité-anciens sites" est identique dans les autres arrondissements du département du Nord, à l'exception de l'arrondissement de Dunkerque où 41 % des sites pollués sont en activité. Le département du Pas-de-Calais compte moins de sites pollués que le Nord mais 45 % sont en activité. 46 % des sites pollués du Pas-de-Calais se situent dans le Bassin minier. À noter que les friches minières ne sont pas incluses dans ce décompte car la notion de friche industrielle, qui englobe les friches minières, est une notion indépendante des problèmes de pollution.

Aujourd'hui, l'activité industrielle dans la région est plutôt en déclin. Elle est surtout concentrée dans le Bassin minier et sur le littoral. C'est dans ces deux zones que l'on retrouve le plus d'établissements classés Seveso. La directive européenne dite Seveso de 1982 demande aux États et aux entreprises d'identifier les risques associés à certaines activités industrielles dangereuses et de prendre les mesures nécessaires pour y faire face. Depuis 1999, elle est remplacée par la directive appelée Seveso II. Elle vise les établissements où sont présentes des substances dangereuses. Aux côtés de secteurs industriels traditionnellement générateurs de risques, (chimie, pétrochimie, nucléaire, raffinage pétrolier, dépôts d'hydrocarbures...), entrent par exemple dans le champ de ce recensement des usines métallurgiques, des industries agro-alimentaires telles des sucreries ou des distilleries. La région Nord – Pas-de-Calais fait partie des 4 régions concentrant le plus d'établissements classés Seveso seuil haut avec la Haute Normandie, la région Provence Alpes Côte d'Azur et la région Rhône Alpes. En 2002, 47 établissements sont considérés comme Seveso seuil haut et 46 seuil bas. Les établissements seuil haut se concentrent surtout sur le littoral et le Bassin minier, les établissements seuil bas se retrouvent essentiellement dans l'arrondissement de Lille et le sud de la région où l'on trouve principalement des industries agro-alimentaires (Carte 44).

Les émissions

À l'échelle de la région, le suivi des émissions de certains polluants montre que la pollution atmosphérique d'origine industrielle a diminué alors que la pollution liée aux transports est désormais au premier plan. Cependant, au niveau infra-régional, on observe sur certains arrondissements une pollution d'origine industrielle encore significative. Les émissions atmosphériques de dioxyde de soufre (SO₂), d'oxydes d'azote (NO_x), de monoxyde de carbone (CO) et de composés organiques volatiles non méthanique (COVNM) ont été évaluées à l'échelle de l'arrondissement par le Centre Interprofessionnel Technique d'Études de la Pollution Atmosphérique (CITEPA). Les données présentées se rapportent à l'année 1994 et couvrent l'ensemble des sources anthropiques et non anthropiques. Globalement, les secteurs où les émissions sont les plus fortes sont les arrondissements de Dunkerque, Lille, Lens, Douai et Valenciennes. Les émissions de SO₂ sont les plus importantes dans les arrondissements de Lens (383 kg/hectare), Dunkerque (231 kg/hectare) et Douai (164 kg/hectare). La production thermique et certains procédés industriels (fabrication de l'acide sulfurique, raffinage du pétrole, désulfuration du minerai) sont principalement à l'origine de la production de SO₂ (Carte 45). Les émissions de NO_x, de COVNM et de CO sont de plus en plus souvent associées à une pollution liée aux transports. C'est le cas dans l'arrondissement de Lille, mais dans le Bassin minier et le Dunkerquois, les rejets industriels de NO_x, COVNM et CO restent importants (Cartes 46, 47, 48).

Programme Régional d'Action Santé Environnement

Les émissions atmosphériques et la qualité de l'air sont surveillées par les quatre réseaux de surveillance automatique de la qualité de l'air. Ce dispositif est complété par un réseau de mesures différées géré par l'École des Mines de Douai. Dans le cadre de la surveillance des rejets industriels, la DRIRE contrôle les rejets des industries et publie chaque année un inventaire des rejets industriels¹.

LES PROJETS RETENUS EN 2002

Le PRASE a retenu 20 projets en 2002, soit un taux d'acceptation des projets de 64,5 %. Étant donné l'articulation en 2 volets de ce PRS particulier, nous avons choisi de présenter la répartition des actions par problématique plutôt que par objectif. 70 % des actions retenues correspondaient à un objectif du volet habitat dont 30 % pour la problématique Logement insalubre, 25 % Saturnisme infantile et 15 % Intoxication au monoxyde de carbone. 30 % des actions correspondent à un objectif du volet Sites pollués (Figure 6-14). Les actions entreprises dans le cadre du PRASE sont plutôt des actions avec un budget important puisque 75 % d'entre elles ont un budget compris entre 13 200 euros et 118 000 euros (Figure 6-15). Sur la région, on compte en moyenne 5 actions pour 1 million d'habitants. Nous avons 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. Pour chaque arrondissement, nous avons comptabilisé le nombre d'actions le concernant, certaines actions visant plusieurs départements ont donc été comptées plusieurs fois. 70 % des actions sont locales, 10 % sont départementales et 20 % régionales (Figure 6-16). Le département du Nord regroupe 60 % des actions (Figure 6-17), 20 % concernent le département du Pas-de-Calais et 20 % l'ensemble de la région. Une grande partie des actions locales concernent les arrondissements de Lille et Lens (Carte 50). 5 actions ne sont pas rattachées à un arrondissement particulier. À l'exception de l'arrondissement de Dunkerque, le Littoral et la Flandre Maritime ne font pas l'objet d'une action locale. Le même constat peut être fait pour les arrondissements de Douai, Valenciennes et Cambrai. Les actions locales sont principalement portées par des associations. Au total, c'est 60 % des actions qui sont mises en oeuvre par des associations (Figure 6-18). Les actions mises en place sont essentiellement des actions de dépistage/diagnostic (30 %) et d'étude, d'observation ou d'évaluation (50 %) ; le reste des actions se répartissant de façon équivalente entre l'information et la prise en charge sociale (Figure 6-19). 2 actions de dépistage sont réalisées sur l'arrondissement de Lens ; ce qui représente 50 % des actions sur cet arrondissement. À Lille le dépistage représente 11 % et les études 78 % (Carte 49). 20 actions ont été financées en 2002 dans le cadre du PRASE ; ce qui représente plus de 733 000 euros. L'État est le principal financeur (88 % du financement total). L'Assurance maladie et le Conseil régional contribuent respectivement à 5 et 4,5 % du financement. Le Conseil général du Pas-de-Calais s'est aussi engagé dans le financement d'actions (Figure 6-20).

Au vu des projets retenus en 2002, les premières années du PRASE paraissent principalement orientées vers une meilleure connaissance des facteurs de risque environnementaux et de l'impact de l'environnement sur la santé.

¹ *L'industrie au regard de l'environnement en 2001*. Douai : DRIRE Nord – Pas-de-Calais, 2002.

Le point sur...

Le dépistage du saturnisme infantile dans la région Nord – Pas-de-Calais

Le saturnisme ou intoxication par le plomb, est un risque connu depuis longtemps, en particulier en médecine du travail. Mais les jeunes enfants sont la population la plus exposée au plomb et la plus sensible pour des raisons physiologiques mais aussi comportementales (contacts mains - bouche fréquents).

Les sources d'exposition au plomb du jeune enfant sont principalement les poussières, les écailles de peinture et les sols pollués. Les apports en plomb peuvent aussi être fournis par l'eau et les aliments consommés. L'apport de chacune de ces sources diffère selon que l'enfant demeure au voisinage d'un site industriel ou dans un environnement urbain ou rural¹.

En France, le saturnisme infantile constitue un véritable problème de Santé Publique. Le dépistage et la prise en charge des enfants soumis à une exposition au plomb sont particulièrement importants car, même à faibles doses, le plomb peut entraîner des troubles du développement neuro-comportemental de l'enfant. Le seuil de plombémie considéré sans risque pour l'enfant est actuellement de 100 µg/l.

Face à ce constat, depuis 1993, le ministère chargé de la santé a engagé, avec ses partenaires (Logement, Environnement, Industrie) un programme d'action concerté de lutte contre l'intoxication au plomb. Parmi ces actions figuraient :

- l'extension des activités de dépistage avec le financement de 19 projets concernant une vingtaine de départements dont le Nord et le Pas-de-Calais ;
- la mise en place, au niveau national, d'un système de surveillance du saturnisme infantile traitant des données recueillies à travers le dépistage.

LES DONNÉES DU SYSTÈME NATIONAL DE SURVEILLANCE DU SATURNISME INFANTILE (SNSSI)

Le SNSSI a été institué² en 1995. Ses objectifs sont :

- de recenser les cas de saturnisme dépistés sur l'ensemble du territoire national, décrire leurs caractéristiques et identifier les populations à risque ;
- d'évaluer les stratégies de dépistage mises en œuvre ;
- de suivre la prise en charge des enfants intoxiqués après primo dépistage.

Le SNSSI est organisé autour de deux échelons : un échelon régional piloté par un Centre Anti-Poisons et la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, et un échelon national piloté par le Centre Anti-Poisons de Paris et l'Institut de Veille Sanitaire.

En 1997, un premier rapport³ a permis de faire le point sur l'état d'avancement du SNSSI et de présenter les résultats de l'exploitation des données recueillies. L'InVS devrait présenter prochainement un nouveau bilan des activités du SNSSI.

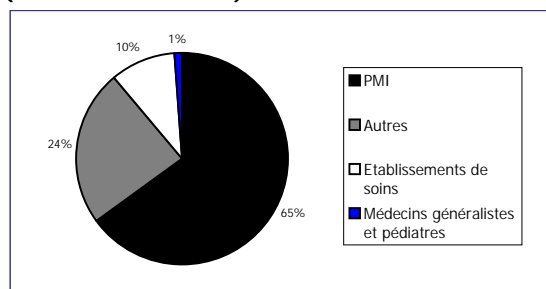
Entre 1992 et 1997, 30 départements ont participé au SNSSI. 74 % des enfants dépistés résidaient en Ile-de-France et 12,5 % dans le Nord – Pas-de-Calais ; les autres régions représentaient chacune moins de 6 % des enfants dépistés. Les enfants ont été prélevés à 65 % par des services de PMI, 10 % ont été prélevés en milieu hospitalier et les médecins généralistes et les pédiatres sont à l'origine de 1 % des plombémies effectuées (Figure 1). La catégorie "Autres" regroupe différents acteurs tels que des associations, Centre Anti-Poisons, médecine scolaire, etc. Au total, entre 1992 et 1997, 13 381 enfants ont été prélevés et parmi eux, 32 % avaient une plombémie supérieure à 100 µg/l.

¹ *Expertise collective. Plomb dans l'environnement. Quels risques pour la santé ?* Paris : Les Éditions INSERM, 1999.

² Circulaire DGS/VS3/95/N°43 relative à la mise en place du Système National de Surveillance du Saturnisme Infantile.

³ Ledrans M, Boudot J. *Surveillance du saturnisme infantile en France Bilan des activités de dépistage*. Saint-Maurice : Réseau National de Santé Publique, 1997 ; 44 p.

Figure 1 : Distribution des enfants prélevés suivant l'institution assurant le dépistage (France 1992-1997)



Source : SNSSI.

Parallèlement à la mise en place du SNSSI, l'extension des activités de dépistage prévue dans le cadre du programme d'action concerté de lutte contre l'intoxication au plomb, a permis aux départements du Nord et du Pas-de-Calais de mettre en place en 1994 et 1995 un programme de dépistage du saturnisme infantile orienté vers une exposition habitat dans le Nord, et vers une exposition industrielle dans le Pas-de-Calais. Au total, 1 448 enfants de la région ont bénéficié d'une action de dépistage ; parmi eux, 200 (13,8 %) avaient une plombémie supérieure à 100 µg/l.

Les données du SNSSI ont montré que le nombre de plombémies réalisées dans la région en dehors des deux campagnes de dépistage était très faible. Face à ce constat, des programmes de dépistage actif ont été à nouveau mis en place dans les deux départements à partir de 1999.

LE PROGRAMME DE DÉPISTAGE DU SATURNISME INFANTILE AUTOUR D'UN SITE INDUSTRIEL DU PAS-DE-CALAIS (1999-2000)

L'objectif principal du programme de dépistage¹ était d'améliorer l'accessibilité au dépistage du saturnisme infantile, à l'aide d'un dosage de la plombémie permettant le repérage précoce de l'intoxication et la prise en charge de l'enfant. La population visée par ce dépistage était les enfants des communes de Courcelles-les-Lens, Dourges, Evin-Malmaison, Leforest et Noyelles-Godault, inscrits pour la première fois à l'école maternelle en septembre 1999. Ces 5 communes se situent dans le périmètre d'une usine métallurgique comprenant une unité de fusion primaire de plomb.

¹ Declercq C, Beaubois M. *Programme de dépistage du saturnisme infantile autour du site METALEUROP de Noyelles-Godault. Bilan de la campagne 1999-2000*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2000 ; 38 p.

270 enfants sur 345 (78,3 %) ont pu bénéficier d'un dosage de la plombémie. Les examens médicaux, avec prélèvement pour dosage de la plombémie ont été réalisés entre octobre 1999 et février 2000.

Les plombémies mesurées étaient comprises entre 11,6 et 479,4 µg/l avec une plombémie médiane de 52 µg/l. La prévalence de l'imprégnation excessive par le plomb (plombémie supérieure ou égale à 100 µg/l) était de 11,1 % soit 30 enfants. Seuls 2 enfants (0,7 %) avaient une plombémie supérieure ou égale à 250 µg/l (Tableau 1).

Tableau 1 : Répartition par classe de plombémie des plombémies des enfants vivant autour d'un site industriel du Pas-de-Calais

Classe* de plombémie (µg/l)	N (%)
Inférieure à 100	240 (88,9 %)
Supérieure ou égale à 100	30 (11,1 %)
100 - 149	25 (9,3 %)
150 - 249	3 (1,1 %)
250 - 449	1 (0,4 %)
450 et plus	1 (0,4 %)
Total	270 (100 %)

*d'après les recommandations du CDC américain.

La proportion d'enfants dont la plombémie était supérieure ou égale à 100 µg/l variait selon la commune de domicile de l'enfant. Cette proportion dépassait les 10 % dans les communes les plus proches du site sidérurgique et allait jusqu'à 30 % à Evin-Malmaison.

L'analyse des facteurs associés à la plombémie a montré que celle-ci variait de manière significative avec la distance entre le logement de l'enfant et la cheminée principale de l'usine. La plombémie était également plus élevée chez les enfants dont le père travaillait sur le site industriel.

Les diagnostics environnementaux réalisés chez les enfants ayant une plombémie supérieure à 100 µg/l ont montré que la présence de plomb dans les peintures était fréquente, ce qui n'est pas surprenant étant donné l'ancienneté du logement dans ce secteur (Figure 6-7). Cependant, la teneur en plomb des poussières intérieures était dans la grande majorité des cas très modérée. Par contre, la teneur en plomb de plus de 85 % des prélèvements de poussières extérieures dépassait 1 000 µg/m^{2.2}.

² Seuil défini dans l'arrêté du 12 juillet 1999 concernant le contrôle des locaux après réalisation de travaux d'urgence en vue de vérifier la suppression de l'accessibilité au plomb pris pour l'application de l'article R. 32-4 du code de la Santé Publique.

Les résultats observés à l'issue de cette campagne de dépistage sont cohérents avec ceux obtenus en 1994-1995. Quand on se limite aux communes concernées par le programme de 1994-1995 (Courcelles-les-Lens, Evin-Malmaison et Noyelles-Godault), la proportion d'enfants dépistés en 1999-2000 dont la plombémie était supérieure à 100 µg/l était de 16,7 % alors qu'en 1994-1995, pour les enfants de 2 à 4 ans, cette proportion était de 16,6 %.

En 2001-2002, une troisième campagne de dépistage financée dans le cadre du PRASE a été mise en œuvre sur le même secteur. 331 enfants ont bénéficié de cette action de dépistage et 34 (10,3 %) avait une plombémie supérieure ou égale à 100 µg/l. De la même façon, dans les communes proches du site industriel, la proportion d'enfants dépistés dont la plombémie était supérieure à 100 µg/l ne varie pas par rapport aux campagnes précédentes. Face à ce constat, une nouvelle campagne de dépistage est mise en place en 2002-2003. Celle-ci bénéficie d'un financement PRASE. Ces résultats justifient la poursuite des efforts visant à réduire l'exposition au plomb des enfants dans ce secteur.

LE PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE SATURNISME INFANTILE À ROUBAIX (2000 – 2002)

Les objectifs principaux de ce programme de lutte contre le saturnisme infantile sont de mieux repérer les cas de saturnisme chez les enfants et de gérer les risques d'exposition au plomb dans l'habitat ancien¹. Ce programme a été mis en place à Roubaix en septembre 2000. Il est coordonné et animé par une infirmière de Santé Publique mandatée par la DDASS du Nord, avec la participation du centre hospitalier de Roubaix et de la ville de Roubaix. Il est basé sur le principe d'un travail en partenariat entre les acteurs de santé (DDASS, Protection Maternelle et Infantile, centre hospitalier de Roubaix, médecins généralistes, médecins scolaires) le service social, le service logement et le service d'hygiène de la ville de Roubaix. Ce programme vise à repérer de façon systématique des enfants susceptibles d'être atteints de saturnisme. Le signalement peut être fait au cours du bilan des 5 ans effectué par la médecine scolaire, au cours du bilan des 4 ans effectué par la PMI, ou encore lors des consultations de PMI ou par un médecin généraliste sensibilisé et formé au repérage de cette pathologie. La porte d'entrée "habitat" est aussi présente puisque la ville de Roubaix s'est dotée d'un appareil de détection du plomb dans les peintures et que le risque plomb est systématiquement étudié dans les logements visités par le service d'hygiène de la ville.

¹ Descamps C (sous la direction de). *Programme de lutte contre le saturnisme infantile. Bilan intermédiaire d'une action partenariale 2000-2001.*

Entre le 1^{er} janvier et le 30 octobre 2001, 263 enfants ont été adressés au centre hospitalier pour bénéficier d'un dépistage. Parmi eux, 13 (5 %) avaient une plombémie supérieure à 100 µg/l. 13 enfants avaient une plombémie comprise entre 80 et 100 µg/l et ont fait l'objet d'une surveillance particulière en raison de la possible évolution de leur plombémie. Les plombémies variaient de 10 µg/l à 308 µg/l. 1 enfant avait une plombémie supérieure à 250 µg/l (Tableau 2).

En 2001, 45 plombémies ont été effectuées dans le cadre d'un suivi. Les enfants dont la première plombémie est supérieure à 100 µg/l sont revus une à plusieurs fois en fonction de l'évolution de leur plombémie. Parmi les 45 plombémies de suivi, qui concernaient 30 enfants (dont 13 dépistés pour la première fois en 2000 et 17 en 2001), 19 dépassaient encore 100 µg/l, et la plombémie maximale observée lors d'un suivi était à 412 µg/l.

Au total, en 2001, 276 enfants ont été prélevés une à plusieurs fois au centre hospitalier de Roubaix, ce qui représente 308 plombémies (Tableau 2). 3 enfants dont la plombémie était supérieure à 250 µg/l ont fait l'objet d'un traitement médical spécifique (chélation).

Par ailleurs, les 26 enfants nouvellement dépistés et ayant une plombémie supérieure à 80 µg/l ont bénéficié d'une prise en charge médicale et d'une enquête environnementale. Dans chaque logement, plus de 60 mesures de plomb ont été effectuées. Dans 18 logements, la présence de plomb et son accessibilité ont été confirmées. Certaines familles ont été relogées, d'autres ont bénéficié de travaux dans leur logement. Une enquête environnementale a été réalisée dans un établissement scolaire mettant en évidence la présence de plomb. Ces résultats ont conduit à la réhabilitation complète de la structure et au dépistage des 108 enfants ayant fréquenté l'établissement.

L'équipe de coordination du programme a obtenu en 2001 la reconnaissance du saturnisme infantile au titre d'une Affection Longue Durée à partir d'une plombémie supérieure à 250 µg/l, permettant une prise en charge des soins à 100 % par l'Assurance maladie. Cette décision a été prise par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie sous l'impulsion de du service médical de Roubaix.

La ville de Roubaix faisait partie des 4 villes participant à la campagne de dépistage réalisée en 1995 dans le Nord². Les enfants de moins de 6 ans vivant dans des logements antérieurs à 1948 étaient concernés par cette campagne. A Roubaix, en 1995, 554 enfants vivant dans des logements construits avant 1948 ont été repérés. Parmi eux, 312 (56 %) ont bénéficié d'une plombémie. 51 enfants (16,3 %) avaient une plombémie supérieure à 100 µg/l.

² DDASS du Nord. *Programme expérimental : Dépistage du saturnisme infantile – Département du Nord année 1995.* Lille : DDASS du Nord, 1995 ; 12 p.

L'évolution favorable du nombre de plombémies supérieures à 100 µg/l entre les deux campagnes (de 16,3 à 10,4 %) intervient dans un contexte de résorption et de réhabilitation de l'habitat insalubre sur Roubaix. Cependant, les modalités de recrutement prévues dans les deux protocoles ne sont pas les mêmes ; ce qui limite l'interprétation de la comparaison des résultats.

Le programme de lutte contre le saturnisme infantile s'est poursuivi en 2002. Il fait partie des projets retenus par le PRASE.

Les objectifs pour l'année 2002 étaient :

- la sensibilisation des médecins libéraux au repérage des enfants susceptibles d'être atteints de saturnisme ;
- la poursuite du programme triennal de repérage du plomb dans les lieux d'accueil des enfants sur la ville de Roubaix ;
- le repérage systématique du risque plomb dans tous les logements visités par la ville ;
- la mise en place d'une aide financière à la réalisation de travaux dans les logements.

Ces deux derniers objectifs rentrent dans le cadre d'une convention de lutte contre l'habitat indigne et le saturnisme infantile signée par différents partenaires (État, Région, Département du Nord, ville de Roubaix, Lille Métropole Communauté Urbaine, CAF, organismes et associations).

Dans le cadre du programme, des outils de sensibilisation au risque plomb dans l'habitat et au dépistage ont été élaborés à destination du public ou des professionnels (vidéo, affiche).

Ce travail de partenariat visant à repérer et à dépister les enfants susceptibles d'être atteints de saturnisme reste pour l'instant une expérience pilote dans la région. Cependant, l'article L 1334-5 du Code de la Santé Publique prévoit la mise en place du zonage à risque d'exposition au plomb, ainsi un état des risques d'accessibilité au plomb doit être réalisé lors de la vente d'une habitation construite avant 1948. Ce zonage à risque devrait favoriser la mise en place de plans de lutte contre le saturnisme organisant notamment des actions de dépistage du saturnisme infantile.

Tableau 2 : Répartition par classe de plombémie des plombémies réalisées au centre hospitalier de Roubaix de janvier à octobre 2001

Classe* de plombémie (µg/l)	1 ^{ère} plombémie	Plombémie de suivi	Total plombémies
Inférieure à 100	250 (95,1 %)	26 (57,8 %)	276 (89,6 %)
Supérieure ou égale à 100	13 (4,9 %)	19 (42,2 %)	32 (10,4 %)
100 - 149	11 (4,2 %)	9 (20,0 %)	20 (6,5 %)
150 - 249	1 (0,4 %)	6 (13,3 %)	7 (2,3 %)
250 - 449	1 (0,4 %)	4 (8,9 %)	5 (1,6 %)
450 et plus	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Total	263 (100 %)	45 (100 %)	308 (100 %)

Source : Programme de lutte contre le saturnisme infantile.



Analyse des Programmes Régionaux de Santé à partir des projets retenus en 2002

LE MAILLAGE TERRITORIAL DES PRS	142
- Deux aspects majeurs	143
- Une lacune : l'absence de données sur les populations-cibles	143
- Trois arrondissements-témoins	143
- La localisation des types d'action	145
- La localisation des porteurs d'action	146
- La localisation des financements par type de financeur	147
LES CARACTÉRISTIQUES DES PRS	149
- Analyse statistique des PRS selon leur profil	149
- Résultats de l'analyse	149
- Le poids financier des projets par PRS	154
- Les types de porteur par PRS	154
- La position des types de porteur	155
- La position des financeurs	156
ANALYSE DE LA MÉTHODE DE L'APPEL À PROJET	159
- L'improbable régulation territoriale des PRS	159
- Faible directivité et rôle imposé pour les participants aux PRS	160
- Questionnement de la faisabilité de l'évaluation	161
PROPOSITIONS	163

Cartes [01](#), [02](#), [03](#), [04](#), [05](#), [06](#), [07](#), [08](#), [09](#), [10](#)

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

Le présent travail d'analyse de projet s'attache à examiner la pertinence générale, les caractéristiques et surtout la méthode de mise en œuvre des Programmes Régionaux de Santé, à partir des données disponibles. Ce travail ne prétend pas réaliser une évaluation de la mise en œuvre ni des résultats des actions, même si ces points sont questionnés. L'un des objectifs de cette approche est aussi de formuler des propositions lorsque des problématiques ont pu être identifiées.

Les données utilisées proviennent du système d'information du Comité Régional des Politiques de Santé, alimenté par les déclarations des porteurs dans la fiche-projet remplie lors du dépôt de candidature. La base de données a été utilisée telle qu'elle était disponible au 28 août 2002.

LE MAILLAGE TERRITORIAL DES PRS

La répartition territoriale des actions est très variable selon le PRS. L'analyse présentée ici n'a été menée qu'au travers des inégalités entre arrondissements, mais d'autres approches spatiales auraient pu être réalisées.

Les projets déposés dans le cadre du programme **Challenge** (Cancers), représentent 2,9 % des actions de l'arrondissement d'Avesnes, mais sont absentes de celui de Montreuil. Elles en représentent 20 % à Cambrai et 26 % à Douai. Ce PRS n'est pas une exception. Des écarts similaires se retrouvent dans d'autres PRS. La fréquence des actions rapportées à la population peut varier du simple au double.

La couverture territoriale des Programmes Régionaux de Santé n'est donc pas égalitaire. Il conviendrait de disposer de plus d'informations afin de juger de son éventuelle équité vis-à-vis des populations.

7-1 Répartition des PRS par arrondissement

Arrondissement	CCAR*	K*	PRAPS*	PRASE*	SCV*	SEJ*	Total
Avesnes	41,2%	2,9%	17,6%	2,9%	5,9%	29,4%	100,0%
Cambrai	30,0%	20,0%	20,0%	0,0%	5,0%	25,0%	100,0%
Douai	17,4%	26,1%	26,1%	0,0%	0,0%	30,4%	100,0%
Dunkerque	25,0%	13,6%	18,2%	2,3%	9,1%	31,8%	100,0%
Lille	17,6%	5,4%	23,6%	6,1%	10,8%	36,5%	100,0%
Valenciennes	37,5%	12,5%	21,9%	0,0%	9,4%	18,8%	100,0%
Arras	31,8%	13,6%	20,5%	2,3%	4,5%	27,3%	100,0%
Béthune	44,4%	7,4%	11,1%	3,7%	22,2%	11,1%	100,0%
Boulogne	32,3%	9,7%	12,9%	0,0%	16,1%	29,0%	100,0%
Montreuil	50,0%	0,0%	20,0%	0,0%	0,0%	30,0%	100,0%
Saint-Omer	11,8%	5,9%	23,5%	0,0%	5,9%	52,9%	100,0%
Calais	21,4%	17,9%	28,6%	0,0%	7,1%	25,0%	100,0%
Lens	31,1%	8,9%	13,3%	8,9%	11,1%	26,7%	100,0%
Aucun **	38,5%	28,4%	5,5%	4,6%	9,2%	13,8%	100,0%
Répartition totale des actions	29,1%	13,2%	17,6%	3,6%	9,3%	27,1%	100,0%
Répartition totale des financements	22,5%	10,6%	19,9%	11,9%	11,0%	24,2%	100,0%

*CCAR : Conduites de Consommation À Risque, K : Cancers, PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins, PRASE : Programme Régional d'Action en Santé Environnement, SCV : Santé CardioVasculaire, SEJ : Santé des Enfants et des Jeunes

** Certains projets ne sont pas dédiés à un ou plusieurs arrondissements en particulier.

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

7-2 Nombre d'actions par million d'habitants par arrondissement

Arrondissement	Nombre d'actions par million d'habitants
Avesnes	142,5
Cambrai	126,0
Douai	93,2
Dunkerque	115,9
Lille	125,2
Valenciennes	91,7
Arras	146,3
Béthune	96,5
Boulogne	190,0
Montreuil	100,8
Saint-Omer	110,7
Calais	236,7
Lens	137,7

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

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

Deux aspects majeurs

Le premier aspect concerne les besoins de la population. Les éléments du diagnostic initial (issus de l'état des lieux des PRS), constitueraient une référence pour vérifier si les actions sont bien réparties en fonction des besoins de la population. Ces éléments de répartition géographique des besoins de santé auxquels ont vocation à répondre les actions, n'ont malheureusement pas été systématiquement disponibles ni parfois même utilisés lors de la phase de conception des PRS. On comprend donc pourquoi, pour quelques PRS, certains objectifs font appel à des projets d'étude épidémiologique ou d'observation sociologique ou organisationnelle.

Le second groupe de facteurs est celui qui concourt à décrire plus précisément la couverture régionale, quantitative et qualitative des Programmes Régionaux de Santé. Ceci sera abordé dans les pages suivantes qui concernent tous les éléments que l'on peut aujourd'hui rassembler sur les actions : la typologie des actions, les types de PRS, le poids des actions en terme de coûts, les porteurs de projets, les financeurs.

Une lacune : l'absence de données sur les populations-cibles

Il convient de signaler qu'un indicateur fondamental est indisponible à ce jour : la population-cible de chacune des actions. Rien n'est aujourd'hui exploitable en terme de quantité, de caractéristiques socio-économiques ou sanitaires. Ainsi, le premier niveau d'impact des PRS (à savoir la part de la population touchée), ne peut-il être apprécié ou décrit.

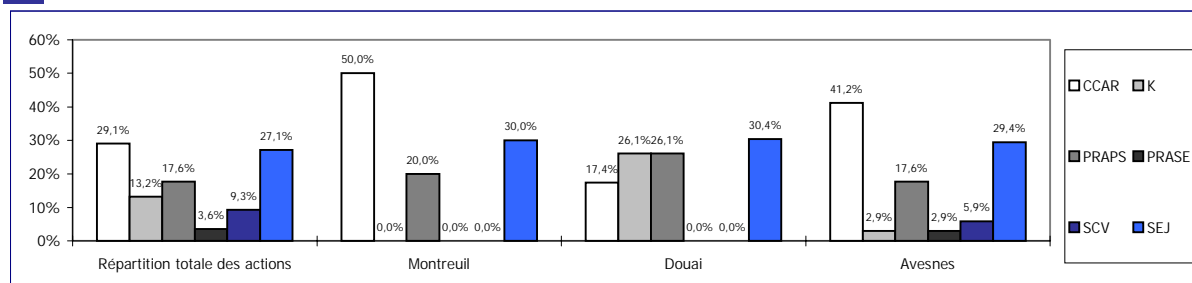
L'analyse de la couverture des PRS ne peut donc s'effectuer principalement que sur ce qu'ils sont, et non sur ce qu'ils réalisent. L'impact des PRS sur les problématiques de santé n'est par conséquent pas toujours lisible.

Trois arrondissements-témoins¹

L'objectif recherché ici est bien d'examiner la pertinence plutôt que d'établir un état des lieux de l'ensemble des PRS pour la totalité des territoires.

Le profil des 3 arrondissements-témoins comparé au profil de référence (profil de la répartition moyenne des actions), permet de constater de très nettes disparités.

7-3 Profil des PRS des 3 arrondissements-témoins



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

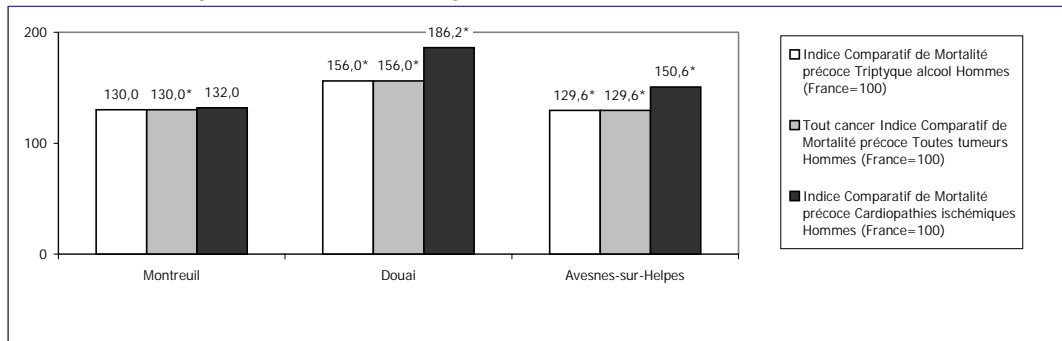
Type I Montreuil

L'arrondissement de Montreuil présente un profil très particulier puisque les programmes portant sur les cancers, sur la santé-environnement ainsi que sur la santé cardiovasculaire sont absents. Or, les Indices Comparatifs de Mortalité des tumeurs précoces et des cardiopathies ischémiques précoces de cet arrondissement, laissent supposer que les besoins de santé censés être touchés par ces programmes y sont présents, et de manière importante (chez les femmes en particulier). À l'inverse, le PRS portant sur les conduites de consommation à risque et le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins y sont massivement représentés, et trouvent leur écho dans les indicateurs suivants : l'ICM précoce du triptyque alcool et le nombre d'allocataires CAF en situation difficile.

¹ Il est important d'intégrer dans ces remarques les limites faites sur les données de mortalité aux pages 49 et 61 du Moniteur.

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

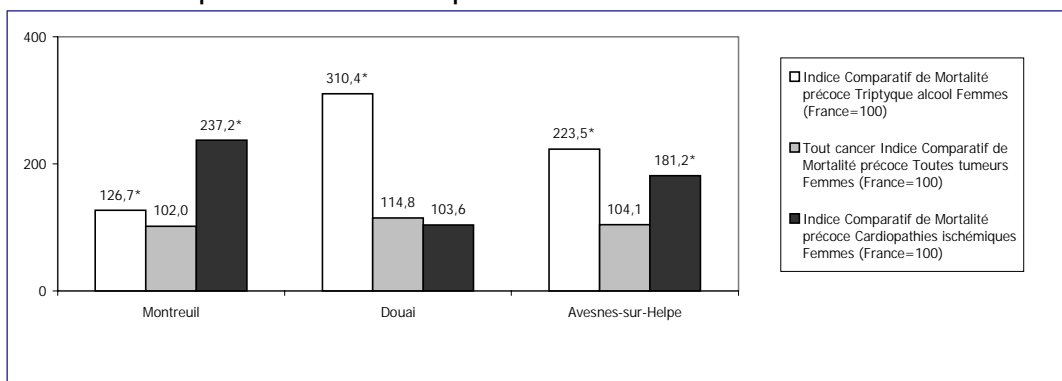
7-4 Trois Indices Comparatifs de Mortalité pour les hommes



*Données significatives.

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

7-5 Trois Indices Comparatifs de Mortalité pour les femmes



*Données significatives.

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

Type II Douai

Le profil de l'arrondissement de Douai semble plus équilibré que celui de Montreuil. Mais ceci n'est que relatif puisque le taux d'actions par million d'habitants est l'un des plus faibles de la région.

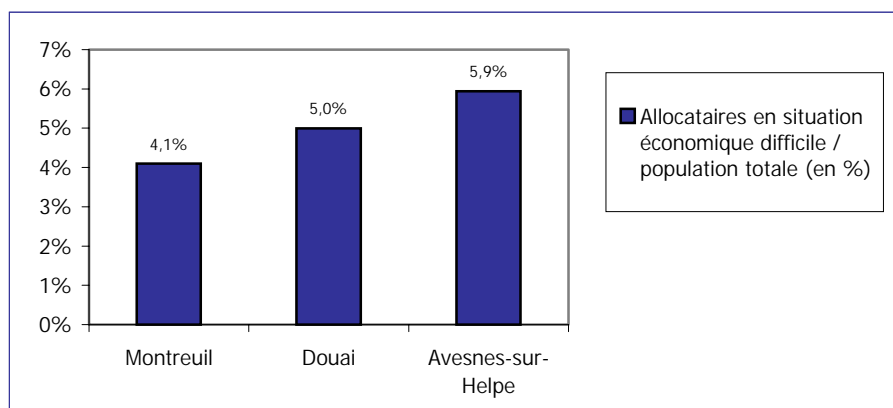
Comme pour Montreuil, le PRS Cardiovasculaire est absent à Douai, alors que l'Indice Comparatif de Mortalité précoce par cardiopathie ischémique pour les hommes est nettement supérieur aux autres arrondissements-témoins. La réponse aux conduites de consommation à risques peut elle-aussi sembler faible compte tenu de l'Indice Comparatif de Mortalité précoce chez les femmes pour le triptyque alcool. En revanche, la part du PRS Cancer est plus importante que celle de l'ensemble des actions. Bien qu'il ne soit pas possible de mesurer le niveau de satisfaction des besoins, la présence d'actions du PRS Challenge est en phase avec les besoins perçus par l'indice de mortalité précoce des tumeurs.

Type III Avesnes-sur-Helpe

En dépit d'un taux plus important d'actions par million d'habitants, et bien que les PRS soient présents sur les 5 priorités régionales de santé, la dynamique des PRS dans l'arrondissement d'Avesnes s'est moins investie sur les actions en Cancérologie. La part des projets concernant la santé des enfants et des jeunes, est quant à elle très proche de la moyenne globale. À Avesnes-sur-Helpe, les Programmes Régionaux de Santé semblent se positionner entre autre sur le PRAPS ; ce qui correspond dans une bonne mesure aux indicateurs élevés d'alocataires en situation difficile. Par ailleurs, la forte présence des actions relevant du PRS Conduites de consommation à risque, correspond aux besoins locaux, et plus particulièrement à ceux des femmes de ce territoire.

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

7-6 Part des allocataires en situation difficile



Source : INSEE, ARCAF-EPICAF 1998. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Ainsi, des PRS sont parfois absents de certains territoires alors que la lecture des indicateurs rend visible la présence de besoins. Ce constat pose effectivement la question de la couverture et de la pertinence territoriale des PRS. Il pose également la question de la régulation territoriale des Programmes Régionaux de Santé. Cependant, le même phénomène se reproduit-il pour les autres éléments des PRS que sont les types actions, les porteurs de projet, et les financeurs ?

La localisation des types d'action

Les profils des 3 arrondissements-témoins comparés au profil de référence (profil de la répartition moyenne des actions), permet à nouveau de constater de très nettes disparités.

7-7 Répartition des types d'action par zone géographique

Arrondissement	Information	Dépistage/ diagnostic	Prise en charge médicale	Éducation	Étude/ observation /évaluation	Prise en charge sociale	Formation profession nelle	Autre	Total
Avesnes	11,8%	17,6%	0,0%	35,3%	5,9%	17,6%	8,8%	2,9%	100,0%
Cambrai	25,0%	5,0%	5,0%	40,0%	0,0%	10,0%	10,0%	5,0%	100,0%
Douai	21,7%	17,4%	4,3%	17,4%	4,3%	8,7%	13,0%	13,0%	100,0%
Dunkerque	18,2%	4,5%	2,3%	34,1%	4,5%	18,2%	11,4%	6,8%	100,0%
Lille	8,1%	3,4%	4,7%	32,4%	11,5%	13,5%	13,5%	12,8%	100,0%
Valenciennes	25,0%	0,0%	3,1%	37,5%	12,5%	3,1%	3,1%	15,6%	100,0%
Arras	11,4%	4,5%	4,5%	27,3%	2,3%	20,5%	18,2%	11,4%	100,0%
Béthune	18,5%	11,1%	3,7%	29,6%	3,7%	11,1%	14,8%	7,4%	100,0%
Boulogne	25,8%	3,2%	0,0%	38,7%	0,0%	9,7%	16,1%	6,5%	100,0%
Montreuil	40,0%	0,0%	0,0%	30,0%	0,0%	0,0%	30,0%	0,0%	100,0%
Saint-Omer	11,8%	5,9%	0,0%	58,8%	0,0%	11,8%	5,9%	5,9%	100,0%
Calais	3,6%	3,6%	10,7%	32,1%	0,0%	17,9%	14,3%	17,9%	100,0%
Lens	15,6%	6,7%	6,7%	35,6%	8,9%	11,1%	13,3%	2,2%	100,0%
Aucun	18,2%	3,6%	2,7%	14,5%	28,2%	10,9%	15,5%	6,4%	100,0%
Répartition totale des actions	15,3%	5,4%	3,8%	30,2%	10,3%	12,7%	13,4%	9,0%	100,0%
Répartition totale des financements	12,0%	11,3%	6,6%	23,2%	14,0%	12,5%	11,9%	8,5%	100,0%

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

Type I Montreuil

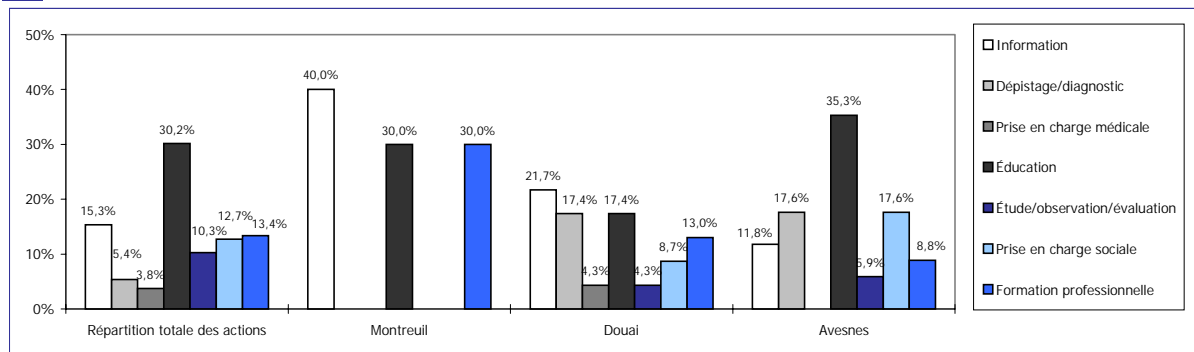
Le profil de Montreuil laisse une part importante aux actions d'information, de formation et d'éducation. Ces pics sont au détriment des actions de dépistage/diagnostic, de prise en charge médicale, d'étude/observation/évaluation et de prise en charge sociale, totalement absentes. Ainsi, le profil tranché de cet arrondissement se caractérise-t-il par une faible variété d'actions et la prédominance d'actions ayant un faible coût moyen. Ce profil est-il la résultante d'un ciblage des types d'action ou d'un engagement plus timide des acteurs locaux ?

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

Type II Douai

Ce profil semble le plus varié des 3, car on y retrouve l'ensemble des types d'action (les actions d'éducation sont cependant moins importantes). Ainsi, cet arrondissement présente un profil qui semble équilibré. Toutefois, le nombre total d'actions par million d'habitants étant l'un des plus faibles, se pose la question du risque de saupoudrage des actions. Lorsqu'il y a globalement peu d'actions, un ciblage peut être plus efficace.

7-8 Profil des actions des 3 arrondissements-témoins



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

Type III Avesnes-sur-Helpe

Avesnes qui compte un nombre important d'actions, présente un profil où l'éducation constitue la part majeure des types d'action. Viennent ensuite le dépistage/diagnostic et la prise en charge sociale. Cet arrondissement se distingue par l'absence des actions de prise en charge médicale, et une part moins importante laissée à la formation, l'information.

Ainsi, les types d'action sont eux-aussi répartis différemment dans le territoire. Il resterait cependant à questionner la pertinence de ces types d'action en fonction des besoins spécifiques des populations.

La localisation des porteurs d'action

Le profil des 3 arrondissements-témoins comparé au profil de référence (profil de la répartition moyenne des actions), permet une fois encore de constater de très nettes disparités.

7-9 Répartition des types de porteur par zone géographique

Arrondissement	Association	Collectivité territoriale	Education nationale	Etablissement de santé	Organisation professionnelle	Protection sociale	Usagers	Autre	Total
Avesnes	44,1%	32,4%	2,9%	5,9%	2,9%	2,9%	0,0%	8,8%	100,0%
Cambrai	65,0%	10,0%	5,0%	0,0%	5,0%	0,0%	5,0%	10,0%	100,0%
Douai	52,2%	8,7%	8,7%	8,7%	4,3%	4,3%	0,0%	13,0%	100,0%
Dunkerque	47,7%	6,8%	25,0%	4,5%	0,0%	2,3%	0,0%	13,6%	100,0%
Lille	54,1%	10,8%	12,2%	8,1%	0,0%	3,4%	0,7%	10,8%	100,0%
Valenciennes	62,5%	6,3%	15,6%	0,0%	0,0%	3,1%	0,0%	12,5%	100,0%
Arras	63,6%	4,5%	13,6%	2,3%	2,3%	6,8%	2,3%	4,5%	100,0%
Béthune	40,7%	22,2%	18,5%	7,4%	3,7%	3,7%	0,0%	3,7%	100,0%
Boulogne	12,9%	22,6%	19,4%	3,2%	6,5%	19,4%	0,0%	16,1%	100,0%
Montreuil	20,0%	10,0%	30,0%	10,0%	0,0%	10,0%	0,0%	20,0%	100,0%
Saint-Omer	52,9%	0,0%	29,4%	11,8%	0,0%	5,9%	0,0%	0,0%	100,0%
Calais	39,3%	10,7%	25,0%	10,7%	3,6%	10,7%	0,0%	0,0%	100,0%
Lens	42,2%	8,9%	17,8%	17,8%	4,4%	0,0%	0,0%	8,9%	100,0%
Aucun	48,2%	0,0%	5,5%	11,8%	4,5%	10,0%	0,9%	19,1%	100,0%
Répartition totale des actions	48,6%	9,6%	13,7%	8,0%	2,4%	5,7%	0,7%	11,3%	100,0%
Répartition totale des financements	55,2%	6,0%	5,1%	11,2%	1,5%	8,7%	0,5%	11,7%	100,0%

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

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

Type I Montreuil

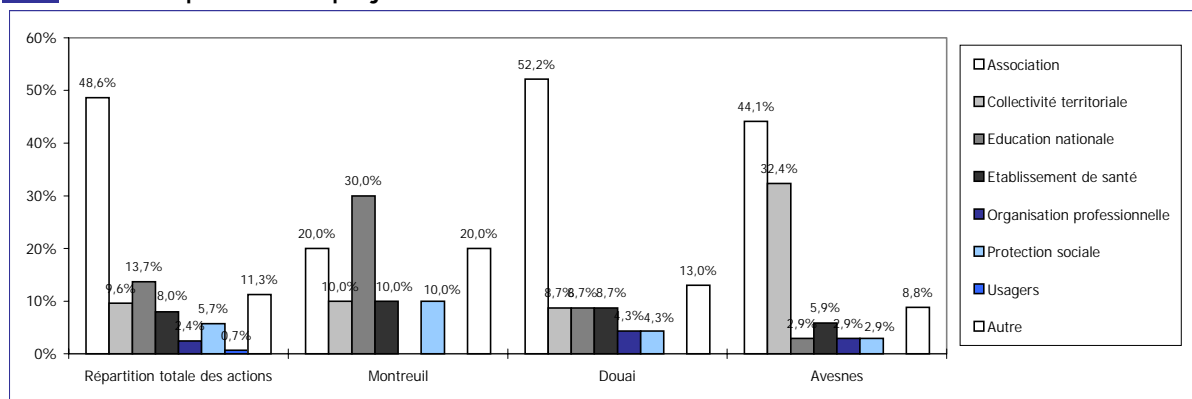
Le profil de l'arrondissement montre une part plus faible d'associations, ce qui peut peut-être expliquer en partie le manque de variété en terme de type d'action et de type de PRS.

La caractéristique majeure de ce profil est l'investissement de l'Éducation nationale qui représente la part la plus importante des porteurs de projet.

Type II Douai

Les associations représentent la part majeure des types de porteur d'action de cet arrondissement (ce qui correspond à la tendance générale des arrondissements), pour le reste des types de porteur, le profil est proche de celui de l'ensemble des actions à quelques nuances près. Ainsi, si l'on analyse la répartition totale des actions, la bonne représentation des associations semblerait apporter une certaine variété au type d'action et au type de PRS.

7-10 Profil des porteurs de projet des arrondissements-témoins



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

Type III Avesnes-sur-Helpe

Ce profil présente une caractéristique unique : la part la plus élevée de porteurs étant des collectivités territoriales. Ceux-ci sont fortement investis dans les PRS. Ce niveau élevé semble écraser un peu les autres porteurs malgré tout quasiment tous représentés.

Ainsi, même s'ils sont souvent tous présents, les types de porteur sont différemment représentés dans les territoires. Il reste à observer les types de financeur avant de questionner plus avant les liens entre ces éléments.

La localisation des financements par type de financeur

Le profil des 3 arrondissements-témoins est lui-aussi comparé au profil de référence (profil de la répartition moyenne des actions).

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

7-11 Répartition des financeurs par zone géographique

Arrondissement	ETAT	Conseil régional	Conseil général 59	Conseil général 62	FNPEIS	ARH	Total
Avesnes	56,3%	6,3%	28,1%	0,0%	3,1%	6,3%	100,0%
Cambrai	61,1%	5,6%	27,8%	0,0%	5,6%	0,0%	100,0%
Douai	55,6%	11,1%	16,7%	0,0%	5,6%	11,1%	100,0%
Dunkerque	48,8%	17,1%	34,1%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Lille	68,1%	9,9%	8,5%	0,0%	3,5%	9,9%	100,0%
Valenciennes	61,3%	0,0%	25,8%	0,0%	9,7%	3,2%	100,0%
Arras	54,1%	5,4%	0,0%	32,4%	2,7%	5,4%	100,0%
Béthune	32,0%	24,0%	0,0%	28,0%	8,0%	8,0%	100,0%
Boulogne	39,3%	7,1%	0,0%	32,1%	21,4%	0,0%	100,0%
Montreuil	50,0%	10,0%	0,0%	20,0%	20,0%	0,0%	100,0%
Saint-Omer	35,3%	5,9%	0,0%	41,2%	5,9%	11,8%	100,0%
Calais	34,6%	11,5%	0,0%	30,8%	15,4%	7,7%	100,0%
Lens	31,3%	8,3%	0,0%	43,8%	6,3%	10,4%	100,0%
Aucun	36,5%	36,5%	2,1%	7,3%	10,4%	7,3%	100,0%
Répartition totale des actions	49,8%	14,1%	9,3%	12,9%	7,0%	6,9%	100,0%
Répartition totale des financements	48,1%	16,4%	4,6%	8,2%	9,2%	12,4%	98,9%

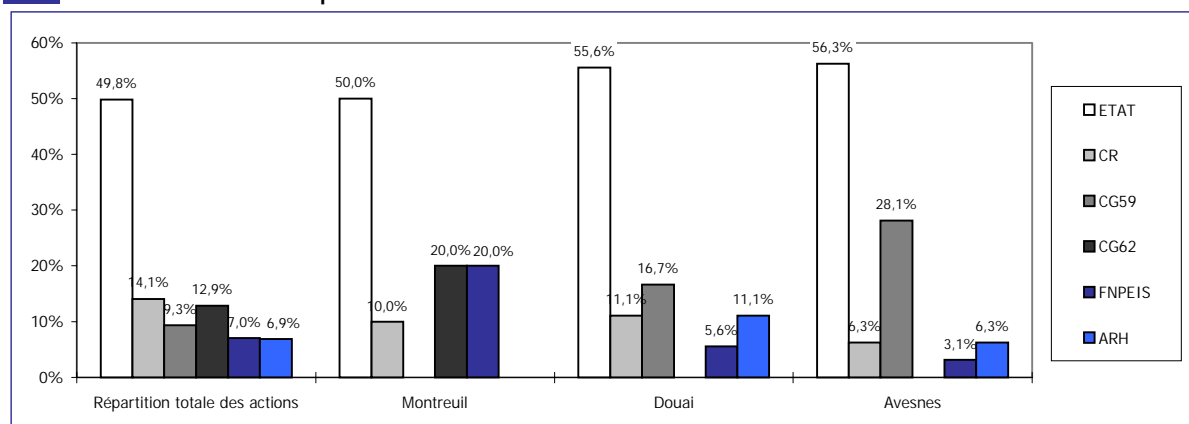
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Type I Montreuil

L'absence de financement de l'ARH peut-être rapproché de l'absence d'action de prise en charge médicale. Dans cet arrondissement, l'ensemble des types de financeur est représenté.

Environ 2 fois plus d'actions sont financées par le Conseil général du Pas-de-Calais que par le Conseil régional. Cette remarque est nuancée par le fait que le poids financier moyen des actions du Conseil régional est bien supérieur à celui des actions du Conseil général du Pas-de-Calais.

7-12 Profil des financeurs pour les 3 arrondissements-témoins



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

Type II Douai

Une fois encore, les conseils généraux présentent une part importante d'actions, même si leur poids financier, on le verra plus tard, est plus faible.

La part des financements de l'État est légèrement supérieure à la moyenne, de même que celle des financements de l'ARH.

Type III Avesnes-sur-Helpe

Avesnes affirme une caractéristique déjà présente dans les 2 autres arrondissements par un pic d'action du Conseil général. Existe-t-il un lien entre la forte présence de collectivités territoriales et l'investissement du Conseil général ? Cela reste à vérifier.

Ainsi, le profil des financeurs dans chaque arrondissement présente des nuances. Ces différences peuvent-elles influencer les types d'actions, les types de porteurs, et ainsi les types de PRS ? Ce point reste à approfondir. On constate tout de même que les profils de Douai et d'Avesnes sont très proches, alors que le premier dispose de

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

nettement moins de projets par million d'habitants. Ainsi, qu'il y ait beaucoup ou peu de projets, le profil des financeurs peut être identique. Les financeurs semblent être une condition nécessaire mais non suffisante à l'existence de projets en nombre.

LES CARACTÉRISTIQUES DES PRS

Analyse statistique des PRS selon leur profil

Il s'agit d'une description des PRS suivant le type d'action, le financeur, le porteur et le budget rattachés aux différents projets qui s'inscrivent dans chaque Programme Régional de Santé.

Note méthodologique

L'analyse statistique appelée "Analyse Factorielle des Correspondances" est une méthode d'analyse descriptive des associations entre une ou plusieurs variables qualitatives. Le principal intérêt de ce type d'analyse est la représentation graphique des associations entre d'une part les modalités d'une même variable, et d'autre part entre une modalité de variable et les modalités des autres variables.

Initialement, l'Analyse Factorielle des Correspondances a été conçue pour étudier le lien entre 2 variables qualitatives à partir de leur tableau de contingence (tableau croisé) ; néanmoins, elle peut être utilisée sur différents types de tableaux, en l'occurrence sur des tableaux qui sont en fait la juxtaposition de plusieurs tableaux de contingence. Les règles d'interprétation demeurent inchangées¹. Dans notre cas, nous cherchons à distinguer les différents PRS à travers les caractéristiques des actions qui les concernent (type d'action, porteur, financeur, budget). Afin de ne pas émettre d'hypothèse quant au(x) critère(s) discriminant(s) entre les PRS, l'analyse portera sur un tableau obtenu à partir de la juxtaposition de tableaux de contingence entre les 5 types de PRS en ligne, et les critères décrivant les actions de chaque PRS en colonne. La marge de chaque sous-tableau, définie par l'ensemble des modalités d'une même variable, est proportionnelle à celle du tableau entier. Cette analyse va engendrer une certaine "concurrence" entre les différentes caractéristiques d'action afin de tenter de distinguer chaque PRS. Elle fait jouer un rôle symétrique aux 2 groupes des variables en ligne et en colonne (les différents PRS en ligne et le groupe des variables décrivant les actions en colonnes). À partir du tableau de données initiales, dont la somme de tous les termes k_{ij} est n , un premier tableau intermédiaire fait apparaître les données sous la forme de loi de probabilité : $f_{ij} = k_{ij} / n$ remplace chaque terme, les probabilités marginales étant en ligne f_i et en colonne f_j . Ensuite, Pour étudier les lignes (PRS) on les transforme en profils ligne en remplaçant les termes par f_{ij} / f_i ; pour étudier les colonnes (caractéristiques des projets), on les transforme en profils colonnes en remplaçant les termes par f_{ij} / f_j ; il est important de noter que chaque sous-population (en ligne et en colonne) est pondérée par son poids. On dispose donc de 2 tableaux : l'un exprime le profil de chaque PRS suivant les différentes variables décrivant les actions par rapport à un profil "moyen des marges" ; l'autre exprime le profil de chaque modalité de variable décrivant les actions suivant les PRS par rapport à un profil "moyen des marges". L'Analyse Factorielle des Correspondances consiste en la recherche d'axes factoriels orthogonaux entre eux et qui représentent les différences entre les profils. Le plan représenté par les 2 premiers axes factoriels exprime les ressemblances ou les dissemblances entre les profils des points. L'origine des axes représente le profil moyen. L'interprétation des proximités sur le graphique s'effectue par rapport à la qualité de représentation et la contribution à l'extraction des axes des points. Enfin, les limites de ce type d'analyse sont la mise en évidence des points communs entre les 2 groupes de variables en ligne et colonne : par exemple les associations entre caractéristiques d'action non liées à un profil PRS ne sont pas appréciables dans cette analyse.

Résultats de l'analyse

- Le premier axe oppose le PRS Challenge au PRS Santé des enfants et des jeunes par des actions de type "éducation" (qui semblent caractériser le PRS Santé des enfants et des jeunes) et le fait que les actions inscrites dans le cadre du PRS Challenge soient rarement locales. D'autres points, contribuant nettement moins à cette opposition, décrivent néanmoins ces 2 PRS de part leur bonne qualité de représentation. Ainsi, les actions du PRS Santé des enfants et des jeunes sont plus souvent locales, portées par des collectivités territoriales, financées par le Conseil général du Nord ; le budget de ces dernières semble plus souvent inférieur à 3 700 euros. Les actions du PRS Challenge apparaissent plutôt portées par les établissements de santé, les organisations professionnelles

¹ Escofier B, Pagès J. *Analyses factorielles simples et multiples*. Dunod ; 1998, 284 p.

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

et la protection sociale, plus souvent financées par le FNPEIS (Fonds National de Prévention d'Éducation et d'Informations Sanitaires) ou par des financements hors PRS.

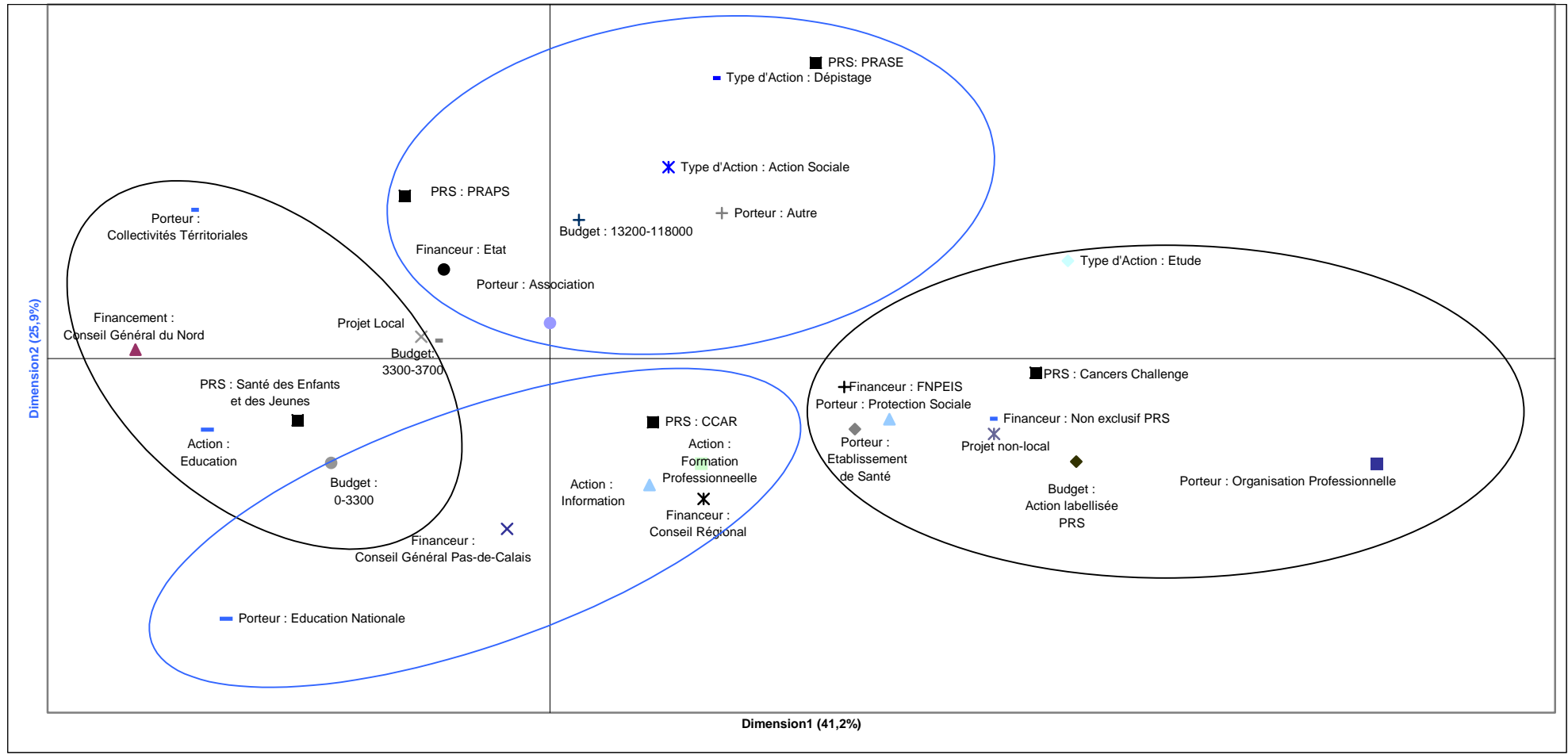
- Le deuxième axe distingue les PRS PRAPS (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins) et PRASE (Programme Régional d'Action en Santé Environnement) par le fait que leurs actions sont plus fréquemment de type "action sociale" et dans une moindre mesure de type "dépistage", rarement portées par l'Éducation nationale et dont le budget est souvent relativement important (13 200-118 000 euros). Les associations et l'État en tant que financeurs semblent s'investir plus souvent dans le cadre de ces 2 PRS. Le deuxième axe permet également de décrire le PRS Conduites de consommation à risque dont les actions sont plutôt de type "formation professionnelle" et "information", plus souvent financées par le Conseil régional et le Conseil général du Pas-de-Calais et portée fréquemment par l'Éducation nationale. Cette analyse ne permet pas de caractériser le PRS Santé cardiovasculaire.

7-13 Résultats de l'Analyse Factorielle des Correspondances : contributions et qualité de représentation des variables¹

Variables	Catégories	Contribution Dimension1	Contribution Dimension2	Qualité de représentation Dimension1	Qualité de représentation Dimension2
PRS	CCAR	5%	12%	26%	36%
	Cancer "Challenge"	53%	0%	90%	0%
	PRAPS	7%	48%	13%	60%
	PRASE	4%	29%	8%	35%
	Santé Cardio-Vasculaire	1%	1%	5%	3%
	Santé des Jeunes	30%	10%	70%	15%
Type d'Action	Autre	1%	0%	16%	1%
	Dépistage	0%	8%	3%	36%
	Education	13%	3%	67%	10%
	Etudes	9%	2%	47%	6%
	Formation professionnelle	1%	3%	29%	49%
	Information	1%	5%	9%	49%
	Médecine	1%	1%	24%	9%
Social	1%	10%	4%	40%	
Type de Porteur	Association	0%	1%	0%	88%
	Autre	1%	5%	19%	50%
	Collectivité Territoriale	4%	4%	41%	26%
	Education nationale	5%	19%	23%	54%
	Etablissement de santé	3%	1%	75%	14%
	Organisation professionnelle	6%	1%	86%	5%
	Acteurs sociaux	2%	0%	35%	4%
Echelle du projet	Projet local	4%	1%	90%	9%
	Projet non local	15%	3%	90%	9%
Budget	0-3300 euros	4%	5%	51%	42%
	13200-118000 euros	0%	9%	1%	45%
	3300-3700 euros	1%	0%	36%	3%
	6700-13200 euros	0%	0%	14%	0%
	Labellisé PRS	9%	2%	76%	11%
Financier	ARH	0%	0%	1%	14%
	Conseil général 59	5%	0%	87%	0%
	Conseil général 62	0%	6%	2%	95%
	Conseil régional	1%	5%	18%	52%
	ETAT	2%	7%	24%	61%
	FNPEIS	1%	0%	38%	1%
	Financement hors PRS ou multiple	8%	1%	74%	5%

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

¹ Les modalités ayant une mauvaise qualité de représentation (<35%) n'ont pas été représentées sur le graphique ; leur position étant difficilement interprétable.



Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

7-14 Les types d'action par PRS

	Information	Dépistage diagnostic	Prise en charge médicale	Éducation	Étude/ observation/ évaluation	Prise en charge sociale	Formation professionnelle	Autre
CCAR	39 (23,1%)	0 (0%)	8 (4,7%)	43 (25,4%)	22 (13%)	17 (10,1%)	26 (15,4%)	14 (8,3%)
INTER PRS	0 (NaN%)	0 (NaN%)	0 (NaN%)	0 (NaN%)	0 (NaN%)	0 (NaN%)	0 (NaN%)	0 (NaN%)
K	10 (13,2%)	7 (9,2%)	5 (6,6%)	4 (5,3%)	13 (17,1%)	16 (21,1%)	15 (19,7%)	6 (7,9%)
PRAPS	8 (7,5%)	6 (5,6%)	7 (6,5%)	29 (27,1%)	3 (2,8%)	31 (29%)	9 (8,4%)	14 (13,1%)
PRASE	1 (5%)	6 (30%)	0 (0%)	2 (10%)	10 (50%)	1 (5%)	0 (0%)	0 (0%)
SCV	10 (17,9%)	2 (3,6%)	0 (0%)	33 (58,9%)	4 (7,1%)	2 (3,6%)	5 (8,9%)	0 (0%)
SEJ	19 (11,9%)	10 (6,3%)	2 (1,3%)	73 (45,9%)	7 (4,4%)	10 (6,3%)	20 (12,6%)	18 (11,3%)

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

Dans chaque Programme Régional de Santé prédominent 1 ou 2 types d'action. La pertinence du type d'action par rapport au type de PRS peut être approchée au regard des objectifs de chacun des PRS.

Trois aspects préalables

Trois aspects majeurs sont à prendre en compte. D'une part les objectifs des PRS sont hétérogènes entre eux et sur 2 points :

- en premier lieu, le nombre d'objectifs est très différent d'un PRS à l'autre (11 objectifs spécifiques pour le cardiovasculaire, 27 pour la santé des enfants et des jeunes) ;
- en second lieu, les niveaux de déclinaison des objectifs diffèrent. Certains ont des objectifs secondaires très précis "Développer des actions pour la prise en charge de la douleur chronique" par exemple, d'autres restent plus généraux "Sensibiliser et prévenir en milieu de travail", certains enfin ont des objectifs s'apparentant quasiment à des actions "Créer des outils de communication". On comprendra donc que le rattachement des types d'action s'avère parfois être un exercice malaisé.

De plus, les groupes de suivi des PRS ont pu accorder des priorités à certains objectifs. Ceci a pu conduire à un filtrage de certains types d'action.

Enfin, il est certain que la conception et la nature des projets sont dues à des éléments qui ne sont pas toujours maîtrisés par les décideurs. De ce fait, il est logique que la réponse aux objectifs soit en partie laissée aux porteurs de projet.

Conduites de consommation à risque

Ainsi, le PRS Conduites de consommation à risque comprend des actions relevant majoritairement de l'information (ce qu'illustre l'analyse factorielle), et de l'éducation. Cela pourrait correspondre aux objectifs opérationnels des deux objectifs généraux de ce PRS qui visent à *réduire les consommations de substances psychoactives et à réduire les dommages somatiques, psychiques et sociaux*. Toutefois, on peut remarquer l'absence de projet de diagnostic et de dépistage. Ces derniers sont parfois traités dans le chapitre "Formation", mais dans ce cas il s'agit bien de formation au dépistage et au diagnostic, et non de campagne de dépistage par exemple. Les résultats des projets et leur évaluation sont tout à fait différents.

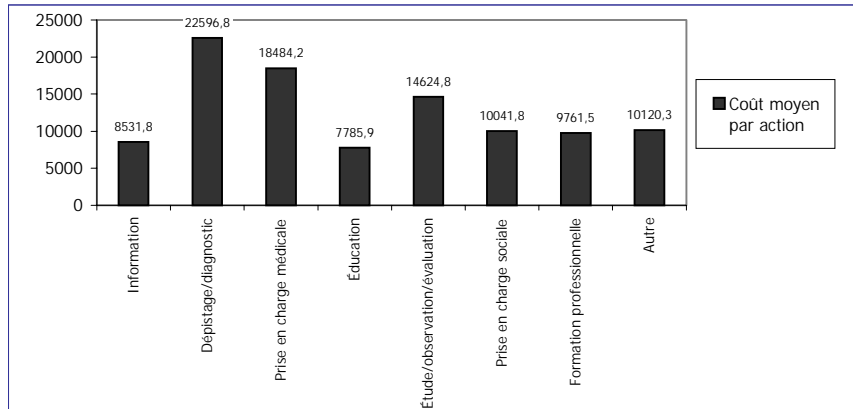
Cancers

Dans les 4 derniers objectifs du PRS Challenge, prédominent des actions de type *prise en charge sociale*, et *formation*.

L'analyse factorielle montre un lien avec le type *étude/observation/évaluation* qui représente la troisième part de ce PRS. Le poids (moins important) du nombre d'actions d'information, de dépistage et d'éducation pose quelques questions quant à la cohérence des projets et des objectifs de *prévention des cancers, de repérage et de dépistage précoce*. Pour apporter un éclairage plus juste sur ce point, il reste cependant à mesurer le poids financier de ces projets. Il semble que les actions de dépistage aient en moyenne un coût élevé ; ce qui peut équilibrer cette situation si ce coût est dû à une couverture géographique importante.

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

7-15 Coût moyen des types d'action (en euros)



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

Santé précarité

L'analyse factorielle montre que dans le PRAPS, la part majeure des actions de prise en charge sociale et d'éducation apparaît cohérente avec les objectifs qui visent à *faire en sorte que les personnes en situation de précarité aient les moyens de se soigner et soient acteurs de leur santé*. En revanche, la rareté relative des actions de diagnostic, et d'étude/observation/évaluation paraît reporter aux années futures, l'atteinte de l'objectif concernant *une meilleure identification de la souffrance psychique en dehors des lieux traditionnels*.

Santé environnement

Le PRASE s'est fortement orienté vers la réponse à ses objectifs *d'étude et de diagnostic* (la moitié de l'ensemble de ses objectifs). Cependant, l'analyse factorielle met l'accent sur le dépistage qui constitue le deuxième type d'action le plus présent dans ce PRS. Un certain nombre d'objectifs de *formation et d'information* ne sont quasiment pas présents dans ce PRS en 2002.

Santé cardiovasculaire

La part majoritaire des actions du PRS Cardiovasculaire est dédiée à *l'éducation*. Les troisième et quatrième objectifs qui comprennent entre autre *le dépistage des risques et la promotion de la connaissance précoce des facteurs de risques*, sont faiblement représentés par un taux peu important de dépistage et de diagnostic d'une part et d'étude/observation/évaluation d'autre part.

Santé des enfants et des jeunes

Comme pour le Programme Régional de Santé précédent, le PRS Santé des enfants et des jeunes comprend principalement des actions *d'éducation* ; ce qui correspond clairement à la description de l'analyse factorielle. Les actions de *prise en charge médicale* et *d'étude/observation/évaluation* sont moins représentées, bien qu'un certain nombre d'objectifs requière ce type d'action. C'est le cas de la mise en place de *suivi à domicile pour les soins de suite de couches, d'un soutien à l'allaitement et du suivi du nouveau-né, de la continuité des soins anténatals, naissance et post-natals* pour le premier et pour le second type d'action, *la surveillance du développement du petit enfant, l'amélioration de la surveillance médicale des accidents de sport et de loisir* ou encore *favoriser une réflexion sur l'accès aux soins des enfants et des jeunes*.

En conclusion

Ainsi, il n'est pas possible d'affirmer catégoriquement que les actions mises en oeuvre correspondent bien à ce qu'avaient prévu chaque PRS pour atteindre ses objectifs. Le point de vue, la perception des groupes de suivi des PRS restent, aujourd'hui, incontournables pour porter un jugement plus complet sur la représentativité des actions par PRS.

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

Le poids financier des projets par PRS

Conduites de consommation à risque

Malgré une répartition équilibrée entre les 3 premiers quartiles, le troisième constitue un poids financier plus élevé.

Cancers

La taille des projets semble plutôt dans la fourchette haute, avec un nombre élevé de projets labellisés non financés. Ce point est confirmé par l'analyse statistique qui montre un rapprochement entre les actions non financées et le PRS Challenge.

Santé précarité

Les projets sont particulièrement bien répartis entre les 3 intervalles les plus importants, même si le plus faible d'entre eux prédomine en nombre de projets. L'analyse statistique met en avant le lien avec des projets financièrement plus lourds.

7-16 Répartition des quartiles de financement par type de PRS

	Nbre d'actions labellisées non financées	Nbre d'actions entre 0 et 3300 €	Nbre d'actions entre 3300 et 6700 €	Nbre d'actions entre 6700 et 13200 €	Nbre d'actions entre 13200 et 118000 €
CCAR	20 (11,8%)	36 (21,3%)	34 (20,1%)	51 (30,2%)	28 (16,6%)
K	19 (25%)	10 (13,2%)	14 (18,4%)	18 (23,7%)	15 (19,7%)
PRAPS	5 (4,7%)	17 (15,9%)	32 (29,9%)	27 (25,2%)	26 (24,3%)
PRASE	0 (0%)	1 (5%)	1 (5%)	3 (15%)	15 (75%)
SCV	5 (8,9%)	16 (28,6%)	11 (19,6%)	7 (12,5%)	17 (30,4%)
SEJ	7 (4,4%)	54 (34%)	37 (23,3%)	29 (18,2%)	32 (20,1%)

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

Santé environnement

La majorité des projets sont de taille importante d'un point de vue financier ; c'est aussi ce que souligne l'analyse factorielle.

Santé cardiovasculaire

2 groupes de projets se distinguent : un premier groupe de petite taille, et un second composé de projets de la fourchette la plus importante.

Santé des enfants et des jeunes

Les actions sont majoritairement de petite taille ; ce qui correspond bien à un nombre important de petits projets et confirme l'approche de l'analyse factorielle.

Les types de porteur par PRS

Conduites de consommation à risque

La présence des associations est majoritaire par rapport à l'Éducation nationale. C'est bien ce lien entre le PRS Conduites de consommation à risque et la présence du porteur Éducation nationale qui est mis en évidence par l'analyse factorielle.

Cancers

D'après l'analyse factorielle, les établissements de santé se rapprochent fortement des actions de Cancérologie. Dans ce PRS, le porteur institutionnel semble très présent.

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

7-17 Répartition des types de porteur par PRS en 2002

PRS	Association	Collectivité territoriale	Education nationale	Etablissement de santé	Organisation professionnelle	Protection sociale	Autre
CCAR	79 (46,7%)	12 (7,1%)	29 (17,2%)	15 (8,9%)	6 (3,6%)	8 (4,7%)	20 (11,8%)
K	36 (47,4%)	1 (1,3%)	3 (3,9%)	12 (15,8%)	6 (7,9%)	9 (11,8%)	9 (11,8%)
PRAPS	59 (55,1%)	24 (22,4%)	0 (0%)	5 (4,7%)	1 (0,9%)	4 (3,7%)	14 (13,1%)
PRASE	12 (60%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (35%)
SCV	29 (51,8%)	7 (12,5%)	4 (7,1%)	4 (7,1%)	1 (1,8%)	7 (12,5%)	4 (7,1%)
SEJ	72 (45,3%)	15 (9,4%)	47 (29,6%)	10 (6,3%)	0 (0%)	4 (2,5%)	11 (6,9%)

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

Santé précarité

Les associations se retrouvent majoritairement dans ce PRS (ce que confirme l'analyse statistique), même si la participation des collectivités territoriales est également présente.

Santé environnement

Les porteurs d'action sont essentiellement des organismes associatifs ; ce qui est confirmé par l'analyse factorielle.

Santé cardiovasculaire

Dans ce PRS, les organismes de protection sociale se distinguent, même si les associations sont encore très présentes.

Santé des enfants et des jeunes

L'Éducation nationale supporte nombre d'actions de ce PRS. Cependant, l'analyse statistique montre que les collectivités territoriales sont plus présentes dans ce PRS que dans les autres. La part des associations reste aussi importante.

La position des types de porteur

Associations

Fortement représentées dans l'ensemble des PRS, elles focalisent leur énergie sur les actions d'éducation. Les actions de prise en charge sociale et d'information sont aussi portées par ces acteurs. Le poids financier de ces actions se répartit de manière très régulière sur les trois derniers intervalles de coûts. L'analyse statistique positionne ce porteur de projet proche des projets à coût élevé.

Collectivités territoriales

Portant des actions d'éducation, de prise en charge sociale et d'information, elles sont proches du profil des associations. Le poids financier de ces actions est souvent celui du plus petit intervalle de coûts.

7-18 Répartition des types d'action par type de porteur en 2002

	Information	Dépistage diagnostic	Prise en charge médicale	Éducation	Étude/ observation/ évaluation	Prise en charge sociale	Formation professionnelle	Autre
Association	38 (13,2%)	12 (4,2%)	7 (2,4%)	89 (31%)	28 (9,8%)	52 (18,1%)	33 (11,5%)	28 (9,8%)
Collectivité territoriale	11 (18,6%)	3 (5,1%)	1 (1,7%)	23 (39%)	3 (5,1%)	12 (20,3%)	4 (6,8%)	2 (3,4%)
Education nationale	20 (24,1%)	1 (1,2%)	0 (0%)	44 (53%)	1 (1,2%)	3 (3,6%)	11 (13,3%)	3 (3,6%)
Etablissement de santé	3 (6,4%)	4 (8,5%)	9 (19,1%)	8 (17%)	8 (17%)	1 (2,1%)	11 (23,4%)	3 (6,4%)
Organisation professionnelle	1 (7,1%)	1 (7,1%)	0 (0%)	5 (35,7%)	2 (14,3%)	2 (14,3%)	3 (21,4%)	0 (0%)
Protection sociale	8 (25%)	5 (15,6%)	1 (3,1%)	3 (9,4%)	3 (9,4%)	1 (3,1%)	5 (15,6%)	6 (18,8%)
Autre	6 (9,2%)	5 (7,7%)	4 (6,2%)	12 (18,5%)	14 (21,5%)	6 (9,2%)	8 (12,3%)	10 (15,4%)

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

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

Éducation nationale

Elle porte essentiellement des actions d'éducation ou des actions d'information de petite taille. On remarque quelques similitudes avec les projets présents dans le PRS Santé des jeunes.

Établissements de santé

Ce n'est pas une surprise si les actions principales portées par les établissements de santé sont des actions de prise en charge médicale et de formation. Les projets sont souvent financièrement importants.

Organisations professionnelles

Avec une majorité de projets labellisés, ce type de porteur réalise surtout des projets d'éducation et de formation.

7-19 Répartition des quartiles de financement par type de porteur

	Nbre d'actions labellisées non financées	Nbre d'actions entre 0 et 3300 €	Nbre d'actions entre 3300 et 6700 €	Nbre d'actions entre 6700 et 13200 €	Nbre d'actions entre 13200 et 118000 €
Association	21 (7,3%)	49 (17,1%)	70 (24,4%)	68 (23,7%)	79 (27,5%)
Collectivité territoriale	4 (6,8%)	25 (42,4%)	12 (20,3%)	12 (20,3%)	6 (10,2%)
Éducation nationale	4 (4,8%)	44 (53%)	23 (27,7%)	8 (9,6%)	4 (4,8%)
Établissement de santé	6 (12,8%)	7 (14,9%)	5 (10,6%)	12 (25,5%)	17 (36,2%)
Organisation professionnelle	6 (42,9%)	1 (7,1%)	3 (21,4%)	2 (14,3%)	2 (14,3%)
Protection sociale	4 (12,5%)	2 (6,2%)	4 (12,5%)	15 (46,9%)	7 (21,9%)
Autre	11 (16,9%)	6 (9,2%)	12 (18,5%)	18 (27,7%)	18 (27,7%)

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

Protection sociale

La protection sociale porte principalement des actions d'information. Le type d'action "autres", important chez ce porteur, reste à décrire plus précisément. Les projets sont de taille moyenne supérieure.

La position des financeurs

État

Avec 49,8 % des financements, le poids financier de l'État est le plus important. Il constitue le financeur majoritaire des associations (ce point est illustré par l'analyse factorielle), qui proposent souvent des actions d'éducation (on les retrouve aussi comme étant les premiers types d'action financés par l'État). Les actions d'étude et d'information font aussi l'objet d'un soutien majeur de la part de l'État.

La stratégie de soutien de l'État est particulièrement portée sur le PRASE (dont il constitue le principal financeur) et le PRAPS ; information également portée par l'analyse factorielle.

Conseil régional du Nord – Pas-de-Calais

Deuxième financeur des PRS avec 16,4 % de l'enveloppe globale, le Conseil régional se positionne fortement sur les actions du PRS Cardiovasculaire (dont il est le principal financeur), le PRS Conduites de consommation à risque (dont la part est la plus importante de ses enveloppes), et le PRS Santé des enfants et des jeunes. Il est aussi le deuxième financeur des actions du PRS Challenge. Ce financeur s'est fortement rapproché de l'Éducation nationale et de "autres" qui restent à préciser. Il n'est ainsi par surprenant que les actions majoritairement supportées par le Conseil régional concernent l'information (ce qu'illustre l'analyse factorielle), et l'éducation, avec un positionnement encore important sur les études.

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

7-20 Répartition des porteurs par type de financeur

	Etat	Conseil régional	Conseil général 59	Conseil général 62	FNPEIS	ARH	Fonds européens	Total
Association	71,8%	41,0%	71,1%	77,9%	24,7%	8,1%	100,0%	55,2%
Collectivité territoriale	7,0%	0,0%	13,3%	4,1%	0,0%	13,3%	0,0%	6,0%
Education nationale	2,5%	17,6%	9,8%	7,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,1%
Etablissement de santé	2,1%	4,2%	1,3%	0,3%	5,9%	71,7%	0,0%	11,2%
Organisation professionnelle	1,8%	2,6%	0,0%	0,4%	1,8%	0,0%	0,0%	1,5%
Protection sociale	1,9%	12,7%	0,0%	4,5%	55,3%	1,5%	0,0%	8,7%
Usagers	1,0%	0,0%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%
Autre	11,8%	21,9%	3,4%	5,8%	12,4%	5,4%	0,0%	11,7%

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

7-21 Répartition des financeurs par type de porteur

	Etat	Conseil régional	Conseil général 59	Conseil général 62	FNPEIS	ARH	Fonds européens	Total
Association	62,4%	12,2%	5,9%	11,6%	4,1%	1,8%	1,9%	100,0%
Collectivité territoriale	56,6%	0,0%	10,2%	5,6%	0,0%	27,5%	0,0%	100,0%
Education nationale	23,4%	56,5%	8,8%	11,2%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Etablissement de santé	9,1%	6,1%	0,5%	0,2%	4,9%	79,1%	0,0%	100,0%
Organisation professionnelle	58,7%	28,3%	0,0%	2,1%	10,8%	0,0%	0,0%	100,0%
Protection sociale	10,5%	24,2%	0,0%	4,3%	58,9%	2,1%	0,0%	100,0%
Usagers	90,3%	0,0%	9,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Autre	48,5%	30,7%	1,3%	4,1%	9,8%	5,7%	0,0%	100,0%

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

Conseil général du Nord

Ce financeur représente 9,3 % du nombre total d'actions et 4,6 % de l'enveloppe globale. C'est ainsi le financeur qui a le coût moyen par action le plus bas, même si cela reste un indicateur partiel. Le Conseil général finance essentiellement de petites actions d'éducation. Ses porteurs principaux sont les collectivités territoriales ; ce qui constitue un positionnement différent de celui de son homologue du Pas-de-Calais (comme le montre l'analyse statistique pour le PRS Santé des enfants et des jeunes). Même si les associations restent une part importante, le poids financier des associations soutenues par le Conseil général du Nord équivaut à presque la moitié de celui du conseil général du Pas de Calais.

La stratégie du Conseil général du Nord est principalement portée sur le PRAPS et le PRS Santé des enfant et des jeunes.

Conseil général du Pas-de-Calais

Avec 12,9 % du total des actions et 8,2 % du total des financements, le Conseil général du Pas-de-Calais développe une stratégie différente de son homologue du Nord. Il est le troisième financeur des associations (son porteur principal) et le troisième de l'Éducation nationale (ce que montre l'analyse factorielle). Les actions de prise en charge sociale se distinguent fortement des autres. Les actions d'éducation représentent la 2^{ème} orientation stratégique du Conseil général du Pas-de-Calais. La stratégie du Conseil général du Pas-de-Calais est franchement orientée en direction du PRS Conduites de consommation à risque qui est son enveloppe financière principale (ce qu'illustre une fois encore l'analyse statistique) ; le PRS Santé des enfants et des jeunes vient en seconde position.

7-22 Répartition des actions par type de financeur

	Etat	Conseil régional	Conseil général 59	Conseil général 62	FNPEIS	ARH	Fonds européens	Total
Information	9,1%	17,0%	20,0%	12,9%	29,3%	1,2%	0,0%	12,0%
Dépistage/diagnostic	10,2%	11,9%	6,1%	10,0%	25,0%	8,8%	0,0%	11,3%
Prise en charge médicale	5,9%	0,0%	0,0%	2,3%	7,2%	23,5%	0,0%	6,6%
Éducation	23,8%	19,7%	53,5%	25,6%	17,4%	12,9%	72,1%	23,2%
Étude/observation/évaluation	19,7%	14,4%	1,2%	5,0%	3,2%	11,1%	0,0%	14,0%
Prise en charge sociale	13,0%	7,8%	11,8%	35,4%	0,0%	12,3%	0,0%	12,5%
Formation professionnelle	9,8%	10,2%	7,3%	5,9%	7,4%	29,8%	27,9%	11,9%
Autre	8,6%	19,1%	0,0%	2,8%	10,5%	0,4%	0,0%	8,5%

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

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

7-23 Répartition des financeurs par type d'action

	Etat	Conseil régional	Conseil général 59	Conseil général 62	FNPEIS	ARH	Fonds européens	Total
Information	36,5%	23,2%	7,7%	8,8%	22,5%	1,2%	0,0%	100,0%
Dépistage/diagnostic	43,1%	17,2%	2,5%	7,2%	20,4%	9,6%	0,0%	100,0%
Prise en charge médicale	42,8%	0,0%	0,0%	2,9%	10,1%	44,2%	0,0%	100,0%
Éducation	49,2%	13,9%	10,6%	9,1%	6,9%	6,9%	3,3%	100,0%
Étude/observation/évaluation	67,7%	17,0%	0,4%	2,9%	2,1%	9,9%	0,0%	100,0%
Prise en charge sociale	50,0%	10,2%	4,4%	23,2%	0,0%	12,2%	0,0%	100,0%
Formation professionnelle	39,6%	14,1%	2,8%	4,1%	5,8%	31,1%	2,5%	100,0%
Autre	48,4%	36,9%	0,0%	2,7%	11,4%	0,6%	0,0%	100,0%

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

Fonds National de Prévention, d'Éducation et d'Information Sanitaire

La stratégie du Fonds National de Prévention d'Éducation et d'Information Sanitaire est clairement portée sur ses propres structures de protection sociale. Ses actions, d'information et de dépistage principalement, sont souvent de taille importante. Cette dernière caractéristique semble identique pour le PRS Cardiovasculaire qui est la cible principale de ce financeur. Sa seconde cible est le PRS Challenge pour lequel il constitue le troisième support financier (ce point figure dans l'analyse factorielle).

Agence Régionale de l'Hospitalisation

Avec le coût moyen par action le plus élevé des financeurs, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation se distingue par la clarté de sa stratégie au sein des PRS. Les principaux porteurs d'actions sont les établissements de santé (pour des actions en premier lieu de prise en charge médicale, et de formation). Le PRS-cible est principalement le PRAPS pour lequel il constitue le deuxième financeur après l'État ; vient ensuite le PRS Santé des enfants et des jeunes. Enfin, une ouverture importante vers les collectivités territoriales est à préciser car l'ARH constitue leur deuxième financeur après l'État.

7-24 Répartition des PRS par type de financeur

	Etat	Conseil régional	Conseil général 59	Conseil général 62	FNPEIS	ARH	Fonds européens	Total
CCAR	20,8%	29,6%	10,9%	45,4%	16,6%	15,2%	0,0%	22,5%
K	8,1%	16,5%	8,0%	7,6%	18,6%	3,9%	72,1%	10,6%
PRAPS	23,4%	1,4%	41,4%	8,1%	10,1%	36,9%	27,9%	19,9%
PRASE	21,8%	3,3%	0,0%	3,0%	6,6%	0,0%	0,0%	11,9%
SCV	4,6%	20,1%	7,3%	7,8%	33,4%	11,5%	0,0%	11,0%
SEJ	21,2%	29,2%	32,4%	28,2%	14,8%	32,4%	0,0%	24,2%

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

7-25 Répartition des financeurs par type de PRS

	Etat	Conseil régional	Conseil général 59	Conseil général 62	FNPEIS	ARH	Fonds européens	Total
CCAR	44,4%	21,6%	2,2%	16,6%	6,8%	8,4%	0,0%	100,0%
K	37,0%	25,6%	3,5%	5,9%	16,2%	4,5%	7,2%	100,0%
PRAPS	56,7%	1,1%	9,6%	3,3%	4,7%	23,1%	1,5%	100,0%
PRASE	88,3%	4,5%	0,0%	2,1%	5,1%	0,0%	0,0%	100,0%
SCV	20,2%	30,0%	3,0%	5,8%	28,0%	13,0%	0,0%	100,0%
SEJ	42,1%	19,8%	6,2%	9,6%	5,6%	16,6%	0,0%	100,0%

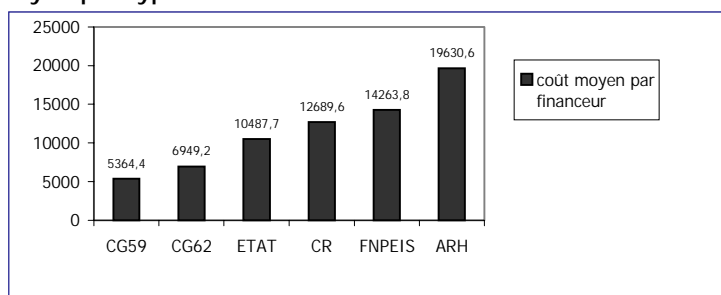
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Fonds européens

Les Fonds européens constituent une faible part du total, même s'ils sont très ciblés. Les porteurs sont uniquement des associations, les actions, de type "Éducation", et l'unique PRS touché est le PRS Challenge.

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

7-26 Financement moyen par type de financeur



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

ANALYSE DE LA MÉTHODE DE L'APPEL À PROJET

Le cœur de la mise en œuvre des Programmes Régionaux de Santé s'appuie sur la méthode de l'appel à projets.

Alors que les PRS utilisent une démarche connue de conduite de projet, il semble qu'un élément important de cette démarche soit difficilement maîtrisée ; il s'agit de leur couverture territoriale quantitative et qualitative.

L'improbable régulation territoriale des PRS

Le besoin de régulation pour des territoires isolés

77,2 % des actions des Programmes Régionaux de Santé sont mises en œuvres localement. Or, comme celui qui porte le projet le réalise, on peut supposer qu'une part importante des porteurs sont également locaux. Ainsi, si un territoire comprend un faible nombre d'acteurs, ou si les porteurs de projet s'investissent peu, il risque alors d'y avoir peu d'actions s'adressant à la population de ce même territoire. Chaque territoire apparaît alors isolé car il doit compter sur ses propres acteurs pour concevoir les PRS. Certains PRS semblent avoir pris en compte cet écueil ; c'est le cas du PRS Challenge qui dispose d'un nombre important de projets non locaux, ce qui peut laisser supposer qu'un nombre plus important de porteurs conçoivent des projets pour des territoires autres que celui où ils se trouvent. C'est une condition nécessaire mais non suffisante à la régulation des projets.

C'est pourquoi, la répartition hétérogène des types de PRS, des types d'actions constatée au début de ce chapitre est une conséquence du mode de conception des actions des PRS. La méthode de l'appel à projet peut être directement mise en cause sur ce point.

La diminution des marges de manœuvre, avec l'augmentation du nombre d'actions pérennes

Les actions pérennes par définition se retrouvent chaque année. Ainsi, elles se cumulent et augmentent au fur et à mesure que les PRS avance. Cette somme d'actions pérennes diminue chaque année la part de budget disponible pour les actions non pérennes et les nouvelles actions pérennes. Ainsi, les marges de manœuvre, et par la même les possibilités de régulation, diminuent. L'arrêt des PRS risque de provoquer l'arrêt des actions pérennes devenues en réalité de nouvelles activités. Il convient dès à présent d'anticiper sur la manière de financer ces nouvelles activités.

Un système partiel de régulation

Le schéma simple du processus de l'appel à projet montre bien que la phase de conception des actions par les porteurs se situe avant la sélection des actions par les groupes de suivi. Or, c'est dans cette phase que se joue l'influence du nombre et du type de porteurs sur le nombre et le type d'actions.

Pour réguler les actions, le groupe de suivi dispose alors de 2 types de sélection :

- le premier concerne la réduction du nombre d'actions pour un territoire qui en aurait beaucoup, que ce soit du point de vue quantitatif et/ou qualitatif ;
- le second est un rééquilibrage territorial avec les projets transversaux, ou qui couvrent plusieurs territoires pour apporter plus de projets à ceux qui en ont peu.

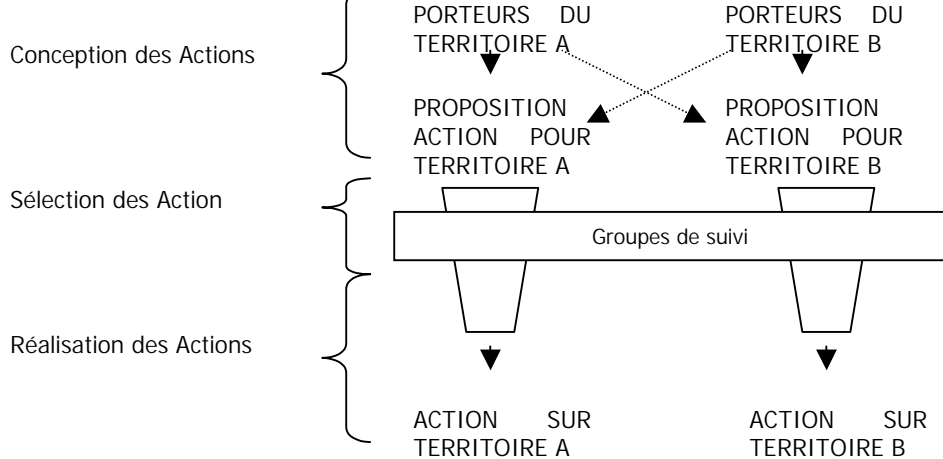
Or, c'est ce second mode de régulation qui fait parfois défaut car le nombre de projets transversaux est particulièrement faible.

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

Ainsi, les groupes de suivi semblent pouvoir agir sur les territoires qui ont un nombre d'actions important, et plus difficilement sur ceux qui sont lésés par un manque de porteurs d'action.

SCHEMA SIMPLE DU PROCESSUS DE L'APPEL À PROJET

PRINCIPALES ÉTAPES



Sens des étapes

Sélection des actions



Cas rare d'actions conçues par des acteurs d'un territoire pour un autre territoire

La régulation d'une situation semble alors effectivement improbable. Il semble falloir agir au niveau des phases de conception et de réalisation des actions, et en premier lieu au niveau du rôle de chacun des acteurs des PRS ; ce que la méthode de l'appel à projet ne semble pas permettre.

Faible directivité et rôle imposé pour les participants aux PRS

La méthode de l'appel à projet semble avoir été légitimée de fait par la possibilité de développer des *approches citoyennes, de repositionner l'utilisateur au cœur du système de santé, de lui redonner des droits.*

Or, l'appel à projet n'offre à l'utilisateur que le rôle de concevoir et de réaliser les actions de la politique de Santé Publique de la région Nord – Pas-de-Calais.

D'une part, cela spécialise de fait les usagers qui sont principalement des associations. Effectivement, ce type de travail nécessite de s'y consacrer à temps plein. Par ailleurs ce type d'organisation est souvent disséminé aléatoirement dans le territoire, on retrouve là la question de l'équité territoriale.

D'autre part, une forte responsabilité pèse sur ces porteurs d'actions car ils sont aussi auteurs de ces actions qui s'adressent à la population. Même si le fait d'être auteur est une des conditions d'une bonne réalisation du projet¹, ils n'en ont pas nécessairement les compétences. Ils n'ont peut-être pas non plus une mission de service public alors qu'ils s'inscrivent dans une démarche de Santé Publique.

Enfin, certains de ces porteurs ou d'autres qui n'ont pu participer, souhaitent peut-être avoir un autre rôle "citoyen", plus consultatif et moins participatif, concernant la politique de Santé Publique.

En résumé, la méthode de l'appel à projet est non-directive sur le choix des porteurs d'actions et leur impose un rôle unique. Cela rend variable et varié le contenu des actions et laisse peser sur les porteurs des responsabilités importantes. D'autres rôles pourraient être proposés pour permettre la consultation des usagers, et plus de directivité pourrait être appliquée lors du choix des porteurs d'action pour une partie des PRS. Ce dernier point nécessite d'enrichir la méthode de l'appel à projet.

¹ Boutinet JP. *L'anthropologie du projet*. Paris : PUF, 1996.

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

Questionnement de la faisabilité de l'évaluation

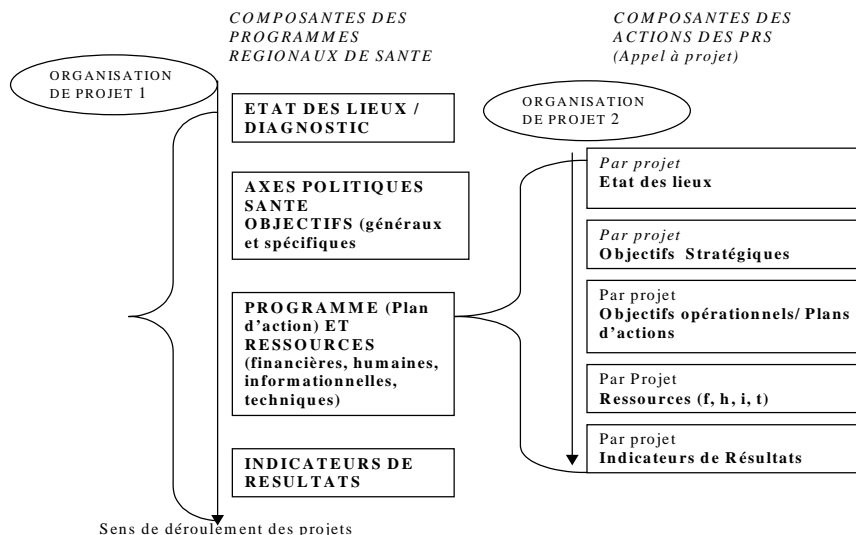
L'objectif de ce questionnement n'est pas de couvrir l'ensemble des éléments nécessaires à une évaluation exhaustive des PRS. Le but est plus pragmatique, quelques éléments semblent rendre difficile l'évaluation de l'efficacité et de l'efficacité des PRS et de la qualité du processus.

Des programmes conditionnés par l'évaluation des actions

Actions et programmes sont intimement liés : les PRS présentent les composantes classiques d'un projet, et son plan d'action représente ce qu'on appelle les "actions" des PRS. Or, ces dernières présentent aussi toutes les composantes classiques des projets, un état des lieux auquel répondent des objectifs et enfin, à nouveau, des actions pour les réaliser. On remarque aussi que l'état des lieux des actions des PRS et l'état des lieux des PRS ne sont pas forcément les mêmes. Autrement dit, les actions peuvent *in fine* répondre à un tout autre problème que celui posé par les PRS.

Ainsi, l'évaluation des actions conditionne l'évaluation des programmes et inversement, si tant est que l'un et l'autre disposent des éléments nécessaires à leur évaluation.

Schéma simple des composantes des projets de type Programmes Régionaux de Santé



La prolifération des actions locales et le manque de lisibilité sur la qualité des actions et la population touchée

Tout d'abord (comme cela a été mentionné préalablement), le premier indicateur de résultat des actions (la population touchée estimée et la population touchée réelle) est manquant. Cet indicateur sommable pourrait apporter une lisibilité de la couverture réelle de chacun des programmes.

Ensuite, le nombre important de petites actions locales augmente la variété de la nature des actions ; même si la dénomination semble identique, le contenu change (éducation, prévention, groupe de parole...). Ainsi, il est important d'identifier les processus mis en place pour réaliser l'action.

Enfin, les 2 éléments précédents confèrent au projet d'évaluation une charge importante en temps et un coût qui risquerait d'être déraisonnable par rapport au coût des PRS.

Quels indicateurs pour les objectifs des programmes ?

Les objectifs des Programmes Régionaux de Santé n'ont quasiment pas d'indicateurs quantitatifs de résultats¹. D'une part, il apparaît effectivement difficile de corréler les indicateurs sanitaires comme la mortalité à un objectif des PRS, même si l'objectif de ce dernier est précisément de faire baisser cet indicateur. Il est aussi difficile de

¹ Quelques objectifs dans les PRS sont précis comme par exemple dans le PRS Santé des enfants et des jeunes : "permettre à 80 % des parents "primipares" d'accéder à la préparation à la naissance et à l'accueil du nouveau-né.

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

corrélés un groupe d'actions à un indicateur relativement général. De plus, démarrer la réalisation d'un projet et chercher ensuite des indicateurs de résultats revient à choisir sa destination en cours de route, cela comporte une part d'aventure. Aussi, le choix des indicateurs se fait au moment de la conception du projet, il permet d'ailleurs de rendre réaliste l'objectif choisi¹.

D'autre part, les objectifs des PRS ne disposent, à quelques exceptions près², pas d'indicateur d'avancement propre à tout projet ; à savoir les indicateurs de couverture territoriale par type d'action ou les indicateurs tels que l'importance de la population touchée. Par exemple, pour le PRS Conduites de consommation à risque, l'indicateur de couverture territoriale peut être de valider la méthode la plus efficace de prévention en addictologie dans tous les établissements scolaires et de la diffuser dans les établissements des 5 territoires les plus touchés. Les indicateurs simples sont alors la méthode validée et le nombre de territoires touchés avec le nombre de personnes touchées par territoire. Pour les objectifs de dépistage, quel que soit le PRS, on pourra notamment dissocier les indicateurs de formation des professionnels au dépistage du nombre de personnes dépistées.

Ces indicateurs de résultats contournent les difficultés des indicateurs sanitaires, et permettent de connaître l'état d'avancement de la situation, de savoir à quel moment les objectifs seront atteints et à quel niveau.

Cependant, l'approche épidémiologique reste nécessaire pour mesurer l'efficacité d'une action auprès de la population. Là encore, la méthode doit être conçue en amont du projet et utilisée avec parcimonie compte tenu de ses risques de lourdeur. Son utilisation peut être ciblée sur des actions-clés des PRS (taille, caractère reproductible, pérennité...).

La difficulté de faire correspondre les résultats d'une action locale avec les objectifs des programmes

Si l'on prend par exemple, pour le PRS Challenge, comme objectif fictif de réaliser des dépistages des cancers du sein auprès de 50 % de la population féminine sur les 5 arrondissements les plus touchés par cette pathologie, la question se pose de savoir qui va réaliser cet objectif de dépistage qui comprend déjà 2 contraintes : celle du territoire et celle des compétences, alors que l'appel à projet n'impose ni le porteur (donc ni les compétences), ni le territoire. Le fait que les établissements hospitaliers soient très présents sur le PRS Challenge peut apporter un début de réponse à l'une des contraintes (celle de la compétence).

L'appel à projet ne permet donc pas toujours aux actions et aux objectifs de se retrouver. Il conviendrait alors de rechercher une zone commune entre ces 2 éléments, des problématiques et des objectifs plus précis et des porteurs d'actions spécifiques par exemple.

Ainsi, la méthode de l'appel à projet crée une situation qui semble demander une régulation aux niveaux quantitatif et qualitatif. Cette régulation apparaît improbable avec cette méthode tout comme l'évaluation des PRS. Les porteurs de projet semblent également jouer un rôle imposé et important au sein des PRS ; ils constituent l'un des leviers d'une régulation possible.

Le recodage des types d'action PRS

Le poids important de certains types d'actions (prévention), l'absence de représentation d'autres types (information, éducation, évaluation), les difficultés de définitions d'items comme "l'accompagnement" ou la difficulté de leur expression pour l'ensemble des PRS comme "les soins palliatifs", l'amalgame d'actions de dépistage et de formation, sont autant d'éléments qui ont fait que les actions ont été recodées dans ce Moniteur 2002.

Ce recodage à pour vocation de permettre de porter un regard différent sur les PRS, il ne se substitue pas au précédent même si il en questionne son évolution comme peut-être régulièrement questionné la pertinence de tout indicateur.

Nouveau "Type d'action"	Descriptif des actions
1 Information	Apport d'outil, de support, d'un message, échange, débat, pièce de théâtre, sans évaluation
2 Dépistage, Diagnostic	Action réelle de dépister, exclus des formations sans campagne de dépistage
3 Prise en charge Médicale	Nouvelle ou renforcement de prise en charge médicale (avec du personnel qualifié), pouvant comprendre une dimension sociale, une continuité avec le social
4 Education	Echanges organisés en groupe avec une évaluation, plutôt limité dans le temps
5 Etude, observation, évaluation	Etude épidémiologique, recherche de document, de méthode, ou de projet entièrement dédié à l'évaluation d'un autre projet
6 Prise en charge Sociale	Nouvelle prise en charge pérenne (différence avec l'éducation) avec un objectif social clair jusqu'à l'interface avec la prise en charge médicale, réinsertion, atelier multimédia
7 Autre	Classement par défaut
8 Formation professionnelle	Toute action de formation, y compris les actions de formation au dépistage

¹ Pineault R, Daveluy C. *La planification de la santé concepts, méthodes, stratégies*. Montréal : Éditions Nouvelles, 1995.

² Une expérience de suivi de la réalisation des projets par le PRS Challenge a été réalisée.

PROPOSITIONS

Exploiter le vivier de projets que sont les PRS : mettre en place une évaluation d'un groupe de projets représentatifs des types rencontrés dans les PRS

Les PRS apparaissent comme un vivier riche de types de projets. La complexité et l'étendue de ces projets ne semblent pas permettre une évaluation globale. Cependant, une démarche intermédiaire, qui viserait à réaliser une évaluation d'un sous-groupe de projets représentatifs des typologies rencontrées serait réalisable. Cette évaluation pourrait coupler 2 méthodes : celle des audits de projet et celle des évaluations épidémiologiques des actions de santé. L'objectif est de montrer tout d'abord que l'évaluation est possible, ensuite de prévoir l'évolution des projets par type : ceux qui ont vocation à s'arrêter une fois l'objectif atteint, ceux qui ont un rôle pilote et qui ont vocation à être étendus sur un territoire plus important, et ceux qui laissent place à une activité pérenne.

Intégrer les critères de lisibilité des projets dans la sélection : nombre, type et territoire de la population touchée¹

L'évaluation se construit en amont du projet, dès sa sélection. Il est important de déterminer avant leur démarrage les projets que l'on pourra évaluer et ceux qui ne pourront que partiellement l'être. La part de chacun de ces types de projet donnera le taux de lisibilité des PRS.

Ceci dit il convient aussi de préciser la nature de cette évaluation : elle est une construction entre les données disponibles, l'information qu'elles comportent, et la demande des commanditaires. De plus, à chaque type de commanditaire correspond un type d'évaluation. Les financeurs qui ont une position de maîtrise d'ouvrage, peuvent souhaiter une lisibilité plus globale des projets, avec une approche de son efficacité. Les porteurs de projet souhaitent peut-être des moyens de régulation de leur projet et notamment la possibilité de démontrer aux financeurs leur réussite, entre autre dans le cas d'une demande de renouvellement des financements. La population enfin, peut souhaiter une information plus générale sur la pertinence de l'utilisation des fonds publics par les financeurs. Autant de niveau qu'il convient de préciser dans leur contenu, leur priorité, et dans le temps².

Proposer une méthode de conduite de projet complémentaire (porteur propose projet pertinent) à celle de l'appel à projet (projet cherche porteurs compétents et bien situés)

On l'a vu, les projets ont des typologies et des devenir variés et variables. La même méthode ne peut traiter ni surtout réguler ces projets.

Tout d'abord, il convient d'identifier et de définir les priorités concernant les dérives des projets PRS. Ces choix comportent aussi une dimension politique. Ce peut être par exemple la question de la couverture territoriale, ou/et de compétences inappropriées pour certains types d'action.

Il s'agirait dans ce cas de sélectionner les problématiques de santé qui, par nature, se doivent d'avoir une couverture géographique étendue et identifiée (région, département...), et d'assurer la faisabilité des actions en étant directif sur le profil des porteurs de projets. Ensuite, la démarche est différente de celle de l'appel à projet, il s'agit d'étudier la faisabilité de ces projets auprès des porteurs, le premier critère sera la bonne répartition territoriale.

Cette seconde méthode s'appuie toujours sur l'un des moteurs principaux des PRS : les porteurs de projet.

Ainsi, 2 groupes de projets se côtoieront au sein des PRS : ceux qui conserveront leur caractère non directif du choix du sujet au choix du porteur et du territoire, et ceux pour lesquels la démarche sera inversée : des projets finalisés chercheront des porteurs. Ceci pour assurer une régulation des PRS ; régulation territoriale par exemple.

Les projets qui ont démontré leur efficacité, ne pourront être étendus sur le territoire (dans la mesure des besoins identifiés) que par l'intermédiaire d'une maîtrise d'œuvre compétente et qui peut couvrir le territoire aussi. Ces phases de déploiement de projet (dont le choix de la maîtrise d'œuvre) sont ici directives, la question principale est l'acceptation de la mise en place par le porteur de projet le plus pertinent.

Aussi, la maîtrise d'œuvre et la maîtrise d'ouvrage doivent-elles être distinctes et avoir leur organisation et leur responsable unique propre.

Il apparaît que ce mode de fonctionnement implique une forte collaboration entre les différents services publics en fonction de leurs positionnements possibles. Cela implique également une assurance de la qualité des associations qui seront des maîtres d'œuvre dans ce type de projet.

¹ par exemple : 50 femmes à Avesnes dépistées en Cancérologie du sein, 20 médecins formés en Addictologie à Boulogne...

² Il est à noter que dans le cas d'une méthode de projet plus directive, des critères de qualité des porteurs de projet pourront être requis.

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

L'objectif de cette proposition est aussi de permettre aux décideurs de développer et de réguler les stratégies de Santé Publique.

Permettre à l'utilisateur d'avoir un positionnement de personne informée et consultée lors de la conception de projets de Santé Publique, la validation restant aux décideurs

L'appel à projet ayant imposé à l'Usager un rôle unique, il convient de lui permettre d'endosser l'autre rôle possible qu'est celui de participant à la conception des orientations et des projets des PRS. Cette participation peut se limiter à une information et à une consultation auprès des usagers avant que les orientations ne soient fixées. Ce mode de consultation (qui est plus une demande d'avis sur les orientations de Santé Publique et sur les projets), n'est pas une charge supplémentaire de gestion et limite le temps des Usagers. Cependant, il reste l'une des questions principales à traiter : qui seront ces usagers ? Doit-on considérer, comme dans le système judiciaire, qu'il peut s'agir de personnes tirées au sort qui apportent un jugement de non-connaisseurs sur les dossiers ? Ou, comme on le constate dans les réseaux de santé, doit-on considérer que les associations de patients sont les mieux à-même de porter un jugement, compte-tenu de leur connaissance du système de santé ? L'avantage du premier est le regard extérieur "neuf", mais le désavantage est la méconnaissance du système. L'avantage du second est l'apport d'un regard orienté vers l'extérieur et très complémentaire au système de santé, son désavantage est d'être spécialisé sur certains segments.

Ainsi, les 2 sont peut-être nécessaires ; le premier pour un avis global et systématique après la phase de la conception du projet pour poser ce que l'on peut appeler "les questions de l'utilisateur", et le second pour apporter un regard extérieur plus avisé sur les projets qui les concernent directement ; cette seconde consultation ayant lieu en fonction des types de projets produits.

Ainsi, cette proposition repositionne la démocratie sanitaire comme un moyen de concevoir et de réaliser des projets de Santé Publique et non comme une fin en soi.

Table des figures

Santé des enfants et des jeunes

- 1-1 Évolution de la part des moins de 25 ans (en %) dans la population, Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, de 1980 à 2000
- 1-2 Évolution de l'Indice Conjoncturel de Fécondité (ICF), pour 100 femmes, Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, de 1994 à 2001
- 1-3 Évolution de la mortalité périnatale et infantile, Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, de 1978 à 1999
- 1-4 Grossesse et périnatalité dans le Nord – Pas-de-Calais, en 2001
- 1-5 Grossesse et périnatalité dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 2001
- 1-6 Évolution 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 métropolitaine, entre 1992 et 1996
- 1-7 Taux de scolarisation (en %) chez les 2 ans, 3-5 ans, 16-19 ans et 20-24 ans, Nord - Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine
- 1-8 Résultats en pourcentage de réussite des évaluations en classe de 6^{ème} en mathématiques et français (collèges publics et privés)
- 1-9 Proportion d'actifs dans la population (en %) par tranche d'âge, Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, en 1999
- 1-10 Part des demandeurs d'emploi (en %) dans la population active, selon l'âge, Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, en 1999
- 1-11 Évolution de la mortalité par accident de la circulation des jeunes de 10 à 24 ans, par sexe, Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine¹ de 1980 à 1999
- 1-12 Évolution de la mortalité par suicide des jeunes de 10 à 24 ans, par sexe, Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine¹, de 1980 à 1999
- 1-13 Proportion de jeunes (en %) déclarant avoir pensé au suicide au cours des 12 derniers mois
- 1-14 Scores moyens de l'échelle de Duke selon le sexe, chez les jeunes de 12 à 25 ans, dans le Nord – Pas-de-Calais
- 1-15 Proportion de jeunes (en %) ayant un poids supérieur à la normale, selon le sexe
- 1-16 Proportion de jeunes (en %) déclarant avoir fait quelque chose de risqué par plaisir ou par défi au cours du dernier mois
- 1-17 Proportion de jeunes (en %) déclarant avoir été frappés ou blessés au cours des 12 derniers mois, selon le sexe et l'âge
- 1-18 Proportion de jeunes (en %) déclarant avoir souffert d'une douleur difficile à supporter au cours des 12 derniers mois, selon le sexe et l'âge
- 1-19 Attitude face à la douleur selon le sexe
- 1-20 Répartition par objectifs du nombre d'actions et de leur financement
- 1-21 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement
- 1-22 Répartition par type de projet du nombre d'actions et de leur financement
- 1-23 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement
- 1-24 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement
- 1-25 Répartition du financement des actions (en %) par financeur

Précarité et santé

- 2-1 Pourcentage de la population bénéficiaire d'un minimum social, Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, au 31 décembre 1999
- 2-2 Pourcentage de la population bénéficiaire d'un minimum social dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1999
- 2-3 Proportion (en %) de la population allocataire du RMI, par tranche d'âge, Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, au 31 décembre 2000
- 2-4 Bénéficiaires du RMI par type de famille (en %), Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, au 31 décembre 2000

¹ Les taux utilisés sont des taux standardisés sur une population européenne-type (le lecteur pourra se référer au PRS Challenge pour des explications complémentaires concernant la construction de ces taux).

- 2-5 Évolution du taux de chômage (en %), Nord - Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, de juin 1996 à juin 2002
- 2-6 Taux de chômage (en %) par zone d'emploi pour les femmes et les plus de 50 ans, dans le Nord Pas-de-Calais, au 1er trimestre 2002
- 2-7 Structure par âge (en %) des personnes surendettées, Nord – Pas-de-Calais *versus* France mé-tropolitaine, en 2000
- 2-8 Catégorie socioprofessionnelle des personnes signataires d'un dossier de surendettement (en %), Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, en 2000
- 2-9ABC 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 1997-1999
- 2-10ABC Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par suicide, par sexe, dans le Nord – Pas-de-Calais, par département, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1997-1999
- 2-11 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement
- 2-12 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement
- 2-13 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement
- 2-14 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement
- 2-15 Répartition du financement des actions (en %) par financeur
- 2-16 Répartition par type d'action du nombre d'actions et de leur financement

Conduites de consommation à risque

- 3-1 Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, région Nord - Pas-de-Calais, 1997-1999
- 3-2 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe et par cause, région Nord - Pas-de-Calais, 1997-1999* (France=100)
- 3-3 Évolution de l'Indice Comparatif de Mortalité par tumeur maligne des Voies AéroDigestives Supérieures, Nord - Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine (France=100), de 1979 à 1999 (ICM avec intervalle de confiance à 95 %), Hommes
- 3-4 Évolution de l'Indice Comparatif de Mortalité par tumeur maligne du poumon, des bronches et de la trachée, Nord - Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine (France=100), de 1979 à 1999 (ICM avec intervalle de confiance à 95 %), Hommes et Femmes
- 3-5 Évolution des taux standardisés (pour 100 000 habitants, standardisation directe sur la population européenne) de la mortalité régionale et nationale par tumeur maligne de l'œsophage, de 1979 à 1999
- 3-6 Évolution de l'Indice Comparatif de Mortalité par tumeur maligne de l'œsophage, Nord - Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine (France=100), de 1979 à 1999 (ICM avec intervalle de confiance à 95 %), Hommes et Femmes
- 3-7 Évolution des taux standardisés (standardisation directe) de la mortalité régionale et nationale, par cirrhose alcoolique ou sans précision, de 1979 à 1999
- 3-8 Évolution de l'Indice Comparatif de Mortalité par cirrhose alcoolique ou sans précision du foie, Nord - Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine (France=100), de 1979 à 1999 (ICM avec inter- valle de confiance à 95 %), Hommes et Femmes
- 3-9 Évolution des taux standardisés (standardisation directe) de la mortalité régionale et nationale par psychose alcoolique ou alcoolisme, de 1979 à 1999 (Échelle logarithmique)
- 3-10 Évolution de l'Indice Comparatif de Mortalité par psychose alcoolique ou alcoolisme, Nord - Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine (France=100), de 1979 à 1999 (ICM avec intervalle de confiance à 95 %), Hommes et Femmes
- 3-11 Tabagisme dans la population du Nord – Pas-de-Calais ayant un recours aux soins en médecine générale (octobre 2000), Hommes et Femmes
- 3-12 Fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois dans la population ayant eu recours aux soins en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais (octobre 2000), Hommes et Femmes
- 3-13 Nombre de verres d'alcool consommés un jour donné, suivant la notion d'une fréquence de consommation quotidienne, dans la population ayant eu recours aux soins en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais (octobre 2000), Hommes et Femmes
- 3-14 Consommateurs réguliers de tabac de plus de 5 cigarettes par jour suivant les différents Profils Alcool, dans la population ayant eu recours aux soins en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais (octobre 2000)
- 3-15 Expérimentation de l'alcool et du tabac des jeunes de 17 et 18 ans du Nord – Pas-de-Calais, en 2000-2001
- 3-16 Diffusion de l'expérimentation du tabac pour la génération âgée de 17-18 ans, dans le Nord - Pas-de-Calais, en 2000-2001
- 3-17 Diffusion de l'expérimentation de l'ivresse pour la génération âgée de 17-18 ans, dans le Nord - Pas-de-Calais, en 2000-2001
- 3-18 Usage répété de l'alcool et expérimentation de l'ivresse des jeunes de 17 et 18 ans dans le Nord – Pas-de-Calais

- 3-19 Expérimentation et consommation de cannabis des jeunes âgés de 17 et 18 ans dans le Nord – Pas-de-Calais
- 3-20 Poly-usage régulier d'alcool, de tabac et de cannabis chez les jeunes de 12 à 25 ans
- 3-21 Évolution de la proportion de toxicomanes bénéficiant d'un traitement de substitution dans les différents centres de prise en charge du Nord - Pas-de-calais ; d'une manière globale, par Méthadone et par Subutex
- 3-22 Évolution 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 2000
- 3-23 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement
- 3-24 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement
- 3-25 Répartition par type d'action du nombre d'actions et de leur financement
- 3-26 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement
- 3-27 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement
- 3-28 Répartition du financement des actions (en %) par financeur
- 3-29 Répartition du budget de financement des actions par quartile

Cancers

- 4-1 Évolution du nombre moyen annuel* de nouveaux cas de cancers des Voies AéroDigestives Supérieures (VADS) selon leur localisation, dans le Nord – Pas-de-Calais
- 4-2 Incidence des entrées en Affection de Longue Durée (ALD-30) pour cancer chez les hommes, dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1999 et en 2000 (taux pour 100 000, standardisés sur la population européenne)
- 4-3 Incidence des entrées en Affection de Longue Durée (ALD-30) pour cancer chez les femmes, dans le Nord – Pas-de-Calais en 1999 et 2000 (taux pour 100 000, standardisés sur la population européenne)
- 4-4 Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1997-1999
- 4-5 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1997-1999
- 4-6 Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, par département, en 1997-1999
- 4-7 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe et par département, en 1997-1999
- 4-8 Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1997-1999
- 4-9 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1997-1999
- 4-10 Consommation des ménages du Nord - Pas-de-Calais (France=1)
- 4-11 Habitudes de prévention des femmes de référence* des ménages du Nord - Pas-de-Calais
- 4-12 Données statistiques (en %) des activités de dépistage du cancer du sein dans le département du Nord
- 4-13 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement (en %)
- 4-14 Répartition par type de porteur d'actions du nombre d'actions et de leur financement (en %)
- 4-15 Répartition par type d'action du nombre d'actions et de leur financement (en %)
- 4-16 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement (en %)
- 4-17 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement (en %)
- 4-18 Répartition du financement des actions par financeur (en %)
- 4-19 Répartition par niveau de financement du nombre d'actions et de leur financement (en %)

Santé cardiovasculaire

- 5-1 Incidence des cardiopathies ischémiques dans les villes de Lille, Strasbourg et Toulouse, en 1997-1998
- 5-2 Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord - Pas-de-Calais, en 1997-1999
- 5-3 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord - Pas-de-Calais, en 1997-1999
- 5-4 Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, par département, en 1997-1999
- 5-5 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe et par cause, par département, en 1997-1999
- 5-6 Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1997-1999
- 5-7 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans par sexe et par cause, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1997-1999
- 5-8 Consommation de tabac, fruits, légumes frais, huiles et graisses, Nord - Pas-de-Calais *versus* France (France=1), en 1995
- 5-9 Proportion de patients fumeurs, par Bassin de vie et par sexe
- 5-10 Proportion de patients ayant un problème de diabète, par Bassin de vie et par sexe
- 5-11 Proportion de patients ayant un problème de poids, par sexe

- 5-12 Proportion de patients ayant un antécédent familial de cardiopathie, par sexe
- 5-13 Proportion de patients hypertendus en Affection de Longue Durée (ALD) pour infarctus du myocarde, par Bassin de vie et par sexe
- 5-14 Proportion de patients hypertendus en Affection de Longue Durée (ALD) pour Accident Vasculaire Cérébral (AVC), par Bassin de vie et par sexe
- 5-15 Proportion de patients hypertendus en Affection de Longue Durée (ALD) pour artériopathie chronique, par Bassin de vie et par sexe
- 5-16 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement (en %)
- 5-17 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement (en %)
- 5-18 Répartition par type d'actions du nombre d'actions et de leur financement (en %)
- 5-19 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement (en %)
- 5-20 Répartition par échelon géographique du nombre d'actions et de leur financement (en %)
- 5-21 Répartition par type de financeur du nombre d'actions et de leur financement (en %)

Programme Régional d'Action en Santé Environnement

- 6-1 Répartition des logements en fonction de leur mode de chauffage, Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, en 1999
- 6-2 Évolution du nombre de décès par intoxication au monoxyde de carbone en fonction du mécanisme de décès et de l'intention, dans le Nord – Pas-de-Calais
- 6-3 Répartition du nombre de décès par intoxication au monoxyde de carbone, Nord, Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine pour la période 1985-1998
- 6-4 Taux moyen annuel d'hospitalisation pour intoxication au monoxyde de carbone, Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, en 1997-1999
- 6-5 Part de la population d'enfants de moins de 6 ans dans la population, Nord, Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, en 1999
- 6-6 Répartition des résidences principales en fonction de leur date de construction, Nord – Pas-de-Calais *versus* France
- 6-7 Répartition par arrondissement du Nord – Pas-de-Calais, du nombre de ménages vivant dans des logements construits avant 1948
- 6-8 Revenu annuel moyen des ménages du Nord – Pas-de-Calais, selon l'année d'achèvement du logement
- 6-9 Part des enfants de moins de 6 ans ayant bénéficié d'une plombémie en 1995
- 6-10 Proportion d'enfants (en %) ayant une plombémie supérieure à 100 µg/l dans la population des enfants de moins de 6 ans ayant été prélevés en 1994-1995
- 6-11 Part des logements sans confort (en %) parmi les résidences principales, Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, en 1999
- 6-12 Évolution du nombre de résidences principales selon le confort entre 1990 et 1999 dans le Nord - Pas-de-Calais
- 6-13 Sites pollués et sites pollués encore en activité
- 6-14 Répartition par problématique du nombre d'actions et de leur financement
- 6-15 Répartition des actions et de leur financement selon la catégorie de financement (en euros)
- 6-16 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement
- 6-17 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement
- 6-18 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement
- 6-19 Répartition par type d'action du nombre d'actions et de leur financement
- 6-20 Répartition du financement des actions (en %) par financeur

Analyse des Programmes Régionaux de Santé à partir des projets acceptés en 2002

- 7-1 Répartition des PRS par arrondissement
- 7-2 Nombre d'actions par million d'habitants par arrondissement
- 7-3 Profil des PRS des 3 arrondissements-témoins
- 7-4 Trois Indices Comparatifs de Mortalité pour les hommes
- 7-5 Trois Indices Comparatifs de Mortalité pour les femmes
- 7-6 Part des allocataires en situation difficile
- 7-7 Répartition des types d'action par zone géographique
- 7-8 Profil des actions des 3 arrondissements-témoins
- 7-9 Répartition des types de porteur par zone géographique
- 7-10 Profil des porteurs de projet des arrondissements-témoins
- 7-11 Répartition des financeurs par zone géographique
- 7-12 Profil des financeurs pour les 3 arrondissements-témoins

- 7-13 Résultats de l'Analyse Factorielle des Correspondances : contributions et qualité de représentation des variables
- 7-14 Les types d'action par PRS
- 7-15 Coût moyen des types d'action (en euros)
- 7-16 Répartition des quartiles de financement par type de PRS
- 7-17 Répartition des types de porteur par PRS en 2002
- 7-18 Répartition des types d'action par type de porteur en 2002
- 7-19 Répartition des quartiles de financement par type de porteur
- 7-20 Répartition des porteurs par type de financeur
- 7-21 Répartition des financeurs par type de porteur
- 7-22 Répartition des actions par type de financeur
- 7-23 Répartition des financeurs par type d'action
- 7-24 Répartition des PRS par type de financeur
- 7-25 Répartition des financeurs par type de PRS
- 7-26 Financement moyen par type de financeur

Sigles usités dans cet ouvrage

- AAH** : Allocation Adulte Handicapé
ADCSN : Association pour le Dépistage du Cancer du Sein dans le département du Nord
AFC : Analyse Factorielle des Correspondances
ALD : Affection Longue Durée
AMD : Aide Médicale Départementale
AMPI : Association Médicale Professionnelle Interentreprises
ANPE : Agence Nationale Pour l'Emploi
API : Allocation Parent Isolé
ARCAF : Association Régionale des Caisses d'Allocations Familiales
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
- BIT** : Bureau International du Travail
- CAF** : Caisse d'Allocations Familiales
CANAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles
CCMSA : Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole
CDC : Centers for Disease Control
CDD : Contrat à Durée déterminée
CDI : Contrat à Durée Indéterminée
CEC : Contrat Emploi Consolidé
CES : Contrat Emploi Solidarité
CETE : Centre d'Études Techniques de l'Équipement
CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
CIM : Classification Internationale des Maladies
CITEPA : Centre Interprofessionnel Technique d'Études de la Pollution Atmosphérique
CMU : Couverture Maladie Universelle
CNAF : Caisse Nationale d'Allocations Familiales
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CO : Monoxyde de Carbone
COTER : Comité Technique Régional
COVNM : Composés Organiques Volatils Non Méthaniques
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRPS : Comité Régional des Politiques de Santé
CRS : Conférence Régionale de Santé
CSP : Catégorie SocioProfessionnelle
CUDL : Communauté Urbaine De Lille
- DDASS** : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGS : Direction Générale de la Santé
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DRIRE : Direction Régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement
DRTEFP : Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
- ESCAPAD** : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense
- FILOCOM** : Fichier des Logements par Commune
FNPEIS : Fonds National de Prévention d'Éducation et d'Information Sanitaire
- HCSP** : Haut Comité de Santé Publique
- ICF** : Indice Conjoncturel de Fécondité
ICM : Indice Comparatif de Mortalité
IMC : Indice de Masse Corporelle
INPES :
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

InVS : Institut de Veille Sanitaire
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

JAPD : Journée d'Appel de Préparation à la Défense

MSA : Mutualité Sociale Agricole

Nox : Oxyde d'Azote

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PCS : Profession et Catégorie Sociale

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PMSI : Programme de Médicalisation du Système d'Information

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

PRASE : Programme Régional d'Action Santé Environnement

PRS : Programme Régional de Santé

PSPH : Participant au Service Public Hospitalier

PTS : Programme Territorial de Santé

RGP : Recensement Général de la Population

RMI : Revenu Minimum d'Insertion

SNSSI : Système National de Surveillance du Saturnisme Infantile

SO₂ : Dioxyde de Soufre

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

URMEL : Union Régionale des Médecins Exerçant à titre Libéral

VADS : Voies AéroDigestives Supérieures