



Rapport d'activité

Année 2006



Rapport d'activité

Année 2006

Sommaire

Activité de gestion	P 5
Réunion des instances	P 7
Activités permanentes	P 9
SIGORS	P 11
Cancer	P 21
• Mise en place d'une proposition d'évaluation pour le plan cancer pour le Conseil régional Nord – Pas-de-Calais	P 23
Santé – environnement	P 33
• A1- Exploration des enjeux en santé et environnement dans les territoires de la région : le Bassin minier Nord - Pas-de-Calais	P 35
• A2- Exploration des enjeux en santé et environnement dans les territoires de la région : la Communauté d'Agglomération du Boulonnais	P 36
• A3- Cancer, Inégalités Régionales, Cantonales et Environnement (CIRCÉ)	P 37
• A4- Pour une meilleure connaissance de l'exposition de la population aux polluants de l'environnement	P 38
• A5- Pour un développement de l'expertise en santé environnementale dans la région Nord – Pas-de-Calais	P 39
• A6- Etude de la répartition géographique des maladies inflammatoires chroniques de l'Intestin (MICI) dans les départements du Nord – Pas-de-Calais et de la Somme	P 40
• A7- Programme de surveillance des effets sur la santé liés à la pollution atmosphérique en milieu urbain : PSAS-9. Contribution de l'ORS Nord - Pas-de-Calais au pôle lillois	P 42
• A8- Etude Primequal : « Pour une cohérence territoriale de la gestion de la qualité de l'air dans la région Nord – Pas de Calais »	P 44
• A9- Évaluation de la campagne 2005-2006 du programme de dépistage du saturnisme infantile dans 9 communes du Nord et du Pas-de-Calais	P 48
• A10- Exposition des jeunes enfants aux métaux lourds en milieu scolaire situé dans un environnement pollué : contamination des mains par les poussières	P 50
• A11- Contamination par le plomb des sols et des poussières dans les lieux de vie de l'enfant autour d'un site industriel : caractérisation et analyse des relations avec la plombémie	P 52

Santé et territoires	P 53
• B1- Éléments de contexte et d'analyse des situations locales	P 55
• B2- Variations de la mortalité : Comparaison entre le Nord de la France et le Sud-est de l'Angleterre	P 57
Autres thématiques	P 61
• C1- Etat de la participation de l'ORS à la réflexion sur les indicateurs du PRSP en lien avec les objectifs nationaux et régionaux	P 63
• C2- Attractivité des professions de santé au sein des maisons de santé de proximité	P 65
• C3- Sensibiliser les apprentis et les entreprises aux problématiques d'hygiène et de sécurité. Favoriser l'éducation à la santé	P 67
• C4- FNORS – Cancer	P 69
• C5- Accompagnement à l'évaluation du réseau Artois-Chrysalide	P 70
• C6- La souffrance psychique chez les patients des Centres de soins Infirmiers Lille-Hellemmes	P 72
• C7- Evaluation du réseau « Convergences »	P 74
• C8- Prévention du tabagisme : « Etat des lieux dans les établissements publics du second degré : collèges, lycées et lycées professionnels du Nord – Pas-de-Calais »	P 76
• C9- Prévention du tabagisme : « Etat des lieux dans les établissements privés du second degré : collèges, lycées et lycées professionnels du Nord – Pas-de-Calais »	P 78
• C10- Evaluation du Programme : Une région sans tabac « les entreprises et les établissements scolaires se mobilisent dans le Nord – Pas-de-Calais »	P 80
• C11- Recherche action pour une démarche interculturelle dans la prévention du VIH/sida	P 82

Activité de gestion

Déménagement des associations de la MRPS et adhésion au GIE GRPS

L'ORS a eu la charge de coordonner et d'organiser le déménagement de toutes les associations arrivant au 235 avenue de la Recherche à Loos.

Celui-ci s'est déroulé en mai 2006.

A cette occasion, des investissements en matériel informatique ainsi qu'en mobilier de bureau ont dû être réalisés.

L'ORS a bénéficié d'une partie des subventions accordées au GIE par le Conseil régional Nord – Pas-de-Calais pour l'achat du mobilier et les frais de déménagement.

L'ORS s'est investi activement dans la création du GIE GRPS durant le premier semestre 2006¹ et a participé à sa mise en place effective au cours du second semestre. Ceci a nécessité un investissement en temps de travail non négligeable, estimé à plus de trois mois équivalent temps plein.

Ressources humaines

Au 31 décembre, **le personnel de l'ORS** se compose de 15 personnes ; dont un CDD à temps partiel (en remplacement d'une salariée absente pour maladie) ; soit 13,3 ETP.

Suite au départ de deux salariés, deux nouveaux collaborateurs ont rejoint l'équipe : un technicien d'enquêtes et un chargé d'études.

Quatre internes de Santé publique ont été accueillis en 2006 ; représentant sur l'année 1,5 ETP.

Une élève de 2^{ème} année de l'Institut d'Etudes Politiques de Grenoble a effectué un stage au sein de l'ORS sur une période de 6 semaines.

L'évaluation individuelle du personnel a été reconduite en 2006.

Trésorerie

Comme à l'accoutumée, la fin du premier semestre 2006 a vu quelques soucis de trésorerie ; moins problématiques que pour certaines associations du GIE et ce, malgré l'importance du montant de la subvention du Conseil régional en 2006.

¹ Voir le chapitre consacré aux instances.



Réunion des instances

Un Conseil d'Administration suivi d'une Assemblée Générale se sont déroulés le jeudi 30 mars 2006.

Adressé respectivement aux administrateurs et aux adhérents, l'ordre du jour de ces deux séances comportait les points suivants :

- approbation des procès-verbaux établis pour les réunions des instances du 27/09/2005 ;
- examen et validation des rapports d'activité et compte de résultat–bilan financier, année 2005 ;
- activité et budget prévisionnel, année 2006 ;
- adhésion au GIE GRPS (Groupement Régional de Promotion de la Santé) ;
- statut Collectif Unilatéral modifié ;
- questions diverses.

La restitution habituelle des travaux ayant constitué l'activité de l'ORS en 2005 a été faite, ainsi que l'énoncé des perspectives de travail 2006.

En juillet 1999, l'ORS a fait bénéficier ses salariés d'un Statut Collectif Unilatéral modifiable et révoquant par l'employeur, pour pallier l'absence de convention collective à laquelle il n'était pas tenu d'adhérer (d'ailleurs, aucune convention collective nationale ne s'apparentait à son fonctionnement).

Sept ans après sa mise en application, l'accord collectif du SCU n'était plus adapté à l'évolution de certaines lois sociales : une mise à jour s'imposait notamment pour introduire les dispositions réglementaires fixées dans l'AARTT (Accord sur l'Aménagement et la Réduction du Temps de Travail). Les amendements apportés ont été l'aboutissement d'un travail mené en concertation avec une avocate, spécialiste du droit du travail.

Le SCU révisé a été présenté aux membres du personnel ainsi qu'à leur délégué : quelques remarques ont été formulées et intégrées.

Après conciliation sur quelques points qui soulevaient débat dans leur formulation, la nouvelle mouture a été entérinée par les membres des instances.

L'adhésion de l'ORS au GIE GRPS (Groupement Régional de Promotion de la Santé) et la demande d'habilitation, exprimée devant les instances par J-L. Salomez, pour être le représentant officiel de l'ORS au sein du GRPS, ont également alimenté les débats des deux séances.

La genèse du projet a été rappelée.

La région Nord – Pas-de-Calais a bénéficié d'une culture associative qui a permis l'émergence et le développement de nombreuses structures intervenant dans le champ de la Promotion de la Santé.

En 1990, le Conseil régional, la Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale et la Caisse Régionale d'Assurance Maladie ont voulu renforcer l'action des Associations et doter la région d'un véritable pôle de compétence en Promotion de la Santé en créant la Maison Régionale de Promotion de la Santé.

De quatre associations au départ –le CIRM (Carrefour d'Initiative et de Réflexion autour de la Maternité, l'enfance, la vie affective et sexuelle), le CRES (Comité Régional d'Education pour la Santé) Nord – Pas-de-Calais et l'ORS (Observatoire Régional de la Santé) Nord – Pas-de-Calais– la MRPS (Maison Régionale de Promotion de la Santé) s'est élargie à sept nouvelles associations : APPA (Association pour la Prévention de la Pollution Atmosphérique), CRSP (Coordination Régionale du Nord – Pas-de-Calais pour l'accompagnement et les soins palliatifs), ECLAT (Espace de Concertation et de Liaison Addictions Tabagisme), FORT (Association Régionale pour la Formation en Toxicomanie) Nord – Pas-de-Calais, GRAA (Groupement Régional d'Alcoologie et d'Addictologie), ISTNF (Institut de Santé au Travail du Nord de la France), SIS (Association Sida Info Service).

À la demande des financeurs, les associations ont décidé de transformer l'association « Maison Régionale de Promotion de la Santé » en un Groupement d'Intérêt Economique (GIE) ayant pour raison sociale la dénomination Groupement Régional de Promotion de la Santé (GRPS). Il s'agit là d'un contrat de nature commerciale déposé au Tribunal de Commerce.



Par cet engagement, elles ont exprimé leur volonté que le Pôle régional, constitué depuis 15 ans, soit renforcé par la concertation et la mutualisation des compétences de ses membres afin de répondre avec plus de cohésion et d'efficacité aux attentes des Pouvoirs Publics et aux besoins de la population.

Après avoir exposé devant son auditoire les tenants et les aboutissants de la démarche d'adhésion dans laquelle il souhaite voir l'ORS s'engager au côté des autres associations, le Président a consulté tour à tour les membres du Conseil d'Administration et de l'Assemblée Générale.

À l'issue des débats, ceux-ci ont mandaté formellement, à l'unanimité, le Professeur Jean-Louis Salomez pour :

- participer aux négociations de constitution du GIE Groupement Régional de Promotion de la Santé (GRPS) ;
- engager l'ORS dans le GIE GRPS sous réserve :
 - du maintien des missions propres de l'ORS ;
 - de sa place de droit dans le Conseil d'administration du GIE ;
 - d'un surcoût raisonnable engendré par le GIE à hauteur de 5 % du budget actuel ;
 - de l'ORS, hors loyer.

Activités permanentes

Le DDRI

Le Département Documentaire de Recherche et d'Information assure la collecte, le traitement et la diffusion de l'information, prioritairement auprès des chargés d'études de l'ORS mais répond également aux demandes d'information documentaire ou statistique des usagers extérieurs. Le déménagement dans les nouveaux locaux a engendré une activité restreinte pendant plusieurs mois.

Les activités courantes

1- Gestion du fonds documentaire

2- Commande de documents
210 ouvrages acquis en 2006

3- Indexation des documents

Au 31 décembre 2006, la base contient 3 153 documents indexés

4- Veille documentaire pour les chargés d'études

Addiction, aménagement du territoire, cancer, CMU/RMI, démographie médicale, économie de la santé, environnement et santé, formation médicale, géographie, loi de santé publique, loi de financement de la sécurité sociale, personnes âgées, PRS, PRSP, santé des jeunes, VIH/SIDA...

5- Recherche documentaire sur demande extérieure à l'ORS

Le DDRI a assuré ses missions d'information auprès du grand public, des institutions régionales, des directeurs d'hôpitaux, des acteurs sociaux, des journalistes...

Il a répondu à 55 demandes individuelles (documentaires ou statistiques) en 2006. Les thèmes les plus demandés ont été : les addictions (principalement alcool et tabac), la santé des adolescents (obésité, suicide), la santé et l'environnement, les personnes âgées, les Programmes Régionaux de Santé, les cancers, la démographie des professions de santé...

Les demandes émanaient un peu plus du département du Nord que du Pas-de-Calais, auxquels se sont ajoutées d'autres régions de France.

6- Une bibliographie des nouvelles acquisitions, ainsi qu'une revue de presse électronique des périodiques reçus, est diffusée auprès des chargés d'études.

Deux nouveaux abonnements ont débuté en 2006 : *Social science and medicine* et *Health and place*. Au total le DDRI est abonné à 80 lettres ou périodiques.

Le DDRI s'implique également au sein du GIE GRPS : travail régulier avec le pôle documentation, réflexion avec l'Association pour la Prévention de la Pollution Atmosphérique sur la création d'un thésaurus santé environnement.

Perspective 2007

L'état de la collection des périodiques et l'indexation des archives (suite au déménagement) se poursuivront en 2007.

La question de la base de données interne des articles scientifiques est reportée en 2007. Il sera aussi question de la mise en place d'une base de données cartographique.

SISMO

En 2006 le site Internet de l'ORS Nord – Pas-de-Calais a comptabilisé 60 000 visites et près de 25 000 téléchargements de fichiers.

Le peloton de tête est identique à celui de l'année précédente puisque, arrivent en pôle position, les études Littoral (parue en 2000) et Sport et santé (2001) ainsi que le numéro de Point Net consacré à la population régionale.

Les indicateurs statistiques intéressent également toujours autant les internautes.

Cette année, dans le cadre d'une étude de positionnement de l'ORS, une enquête de satisfaction a été mise en ligne sur le site afin de recueillir l'avis des utilisateurs quant à son ergonomie, ses ru-

briques... En fonction des remarques, des modifications seront apportées en 2007, pour encore mieux répondre aux attentes des usagers (population, élus, médias...).

Volet Communication

Sept numéros de 50/51° Nord sont parus en 2006 :

N°8 : La formation des professions de santé ;

N°9 : Les emplois de la santé ;

N°10 : L'information et la communication en santé ;

N°11 : Le Bassin de vie de l'Artois ;

N°12 : Le Bassin de vie du Hainaut ;

N°13 : Le Bassin de vie du Littoral ;

N°14 : Le Bassin de vie de la Métropole.

Tous ont été imprimés à 6 000 exemplaires.



SIGORS

Contexte

Le Système d'Information Géographique de l'ORS Nord – Pas-de-Calais (SIGORS) est à la fois un outil de production cartographique et un outil d'analyse des situations régionales de santé. Utilisé dans la grande majorité des études de l'ORS, il permet de privilégier l'approche systémique et territorialisée des phénomènes de santé.

S'appuyant sur l'enrichissement progressif de ses bases d'informations venues d'organismes multiples, l'outil est en constant développement, parallèlement au monde de la santé dont les champs explorés sont de plus en plus vastes. SIGORS permet déjà, au delà de la réalisation de cartes et d'atlas sur des thématiques de santé, d'exploiter de nouvelles fonctionnalités des SIG en terme d'analyse et de prospective au service de la prise de décisions.

Matériel

SIGORS est développé sur la base du logiciel Géoconcept. Il s'organise autour d'une base de données territorialisées qui permet d'attribuer des informations à différents découpages géographiques. La mise en forme de la production cartographique est réalisée avec le logiciel Adobe Illustrator. Les cartes 1 à 5 représentent quelques exemples de découpages géographiques utilisés dans le cadre des études.

Activités 2006

En 2006, l'Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais a fait l'acquisition de la mise à jour du logiciel Géoconcept (version 6).

La recherche, la collecte, l'organisation et le traitement des données à caractère géographique font partie des activités permanentes de SIGORS. 2006 a vu :

- La constitution de Zonages géographiques à partir de leur composition communale :
 - des intercommunalités révisées à partir des données de 2006 (Communautés Urbaines, d'Agglomérations, de Communes, Pays) pour la France entière (carte 2).
 - des bassins de vie de l'INSEE pour la France entière (carte 5).
 - des bassins de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) pour la région.
 - des bassins de vie de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation pour la France entière.

Ces territoires, qu'ils soient administratifs ou vécus, sont utiles pour une mise en perspective à leur échelle des données habituellement analysées par l'ORS.

- L'intégration de données relatives :
 - aux professionnels de santé, recueillies au niveau communal à partir du fichier ADELI 2005 pour la région.
 - aux établissements hospitaliers d'après la base SAE 2004 pour la France entière (localisation et informations attributaires) (carte 6).
 - à la localisation et à la nature des équipements d'imagerie médicale à partir de l'enquête Imagerie du COTER (2005) pour la région.

Des travaux de représentations et d'analyses cartographiques ont été réalisés en appui des études de l'ORS (exemples des cartes 7 et 8).

Perspectives 2007

L'ORS poursuivra en 2007 les activités permanentes de SIGORS.

L'ORS souhaite autant que possible collecter les données utiles pour une expertise en santé publique non plus uniquement au niveau régional mais sur la France entière. Ceci permettrait de disposer d'éléments de comparaison avec d'autres territoires français, notamment lorsque les analyses s'effectuent au niveau infrarégional (Bassins de vie, Intercommunalités).



Devrait se mettre en place un outil de catalogage des données exploitées et des cartes réalisées à partir de SIGORS.

Se poursuivront les analyses et développements de méthodes sur les différents axes d'étude.

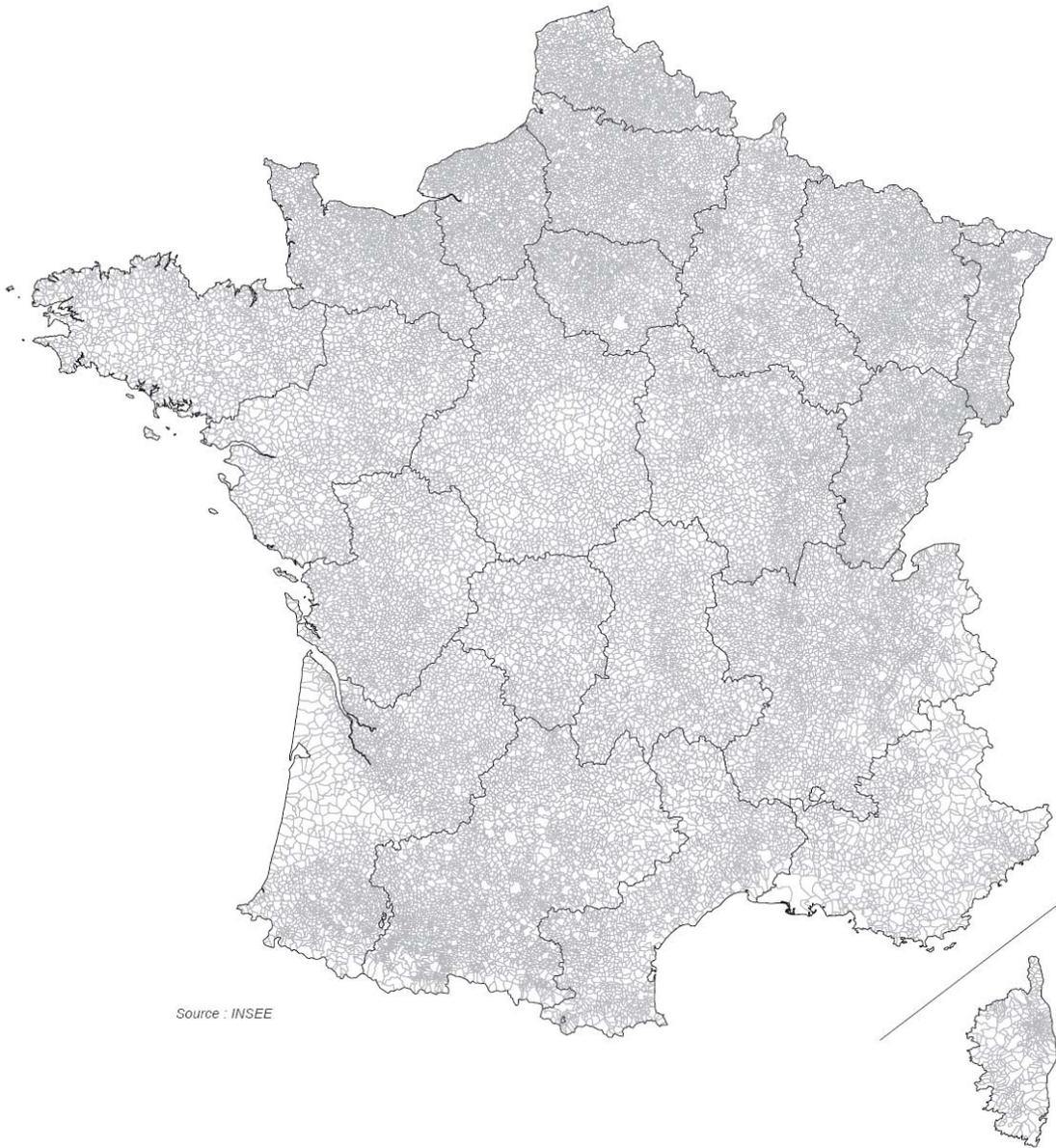
L'utilisation de SIGORS est déjà effective notamment :

- dans l'analyse des situations relatives à l'offre de soins dans la région à travers la construction des bassins de soins (ou bassins d'attraction) pour les professionnels de santé médicaux et paramédicaux à partir de la base PMSI 2005 (relative à l'activité des Etablissements hospitaliers pratiquant des soins de court séjour).
- dans la reprise de la méthodologie pour l'application des densités médicales par bassin d'attraction au niveau des Intercommunalités, notamment pour les spécialités concernées par la prise en charge du cancer. Cette analyse s'inscrit dans l'évaluation globale du plan cancer.
- sur l'axe « Santé et environnement » par le développement de méthodes d'analyses spécifiques.



Carte 1

Le découpage communal des régions françaises



Source : INSEE



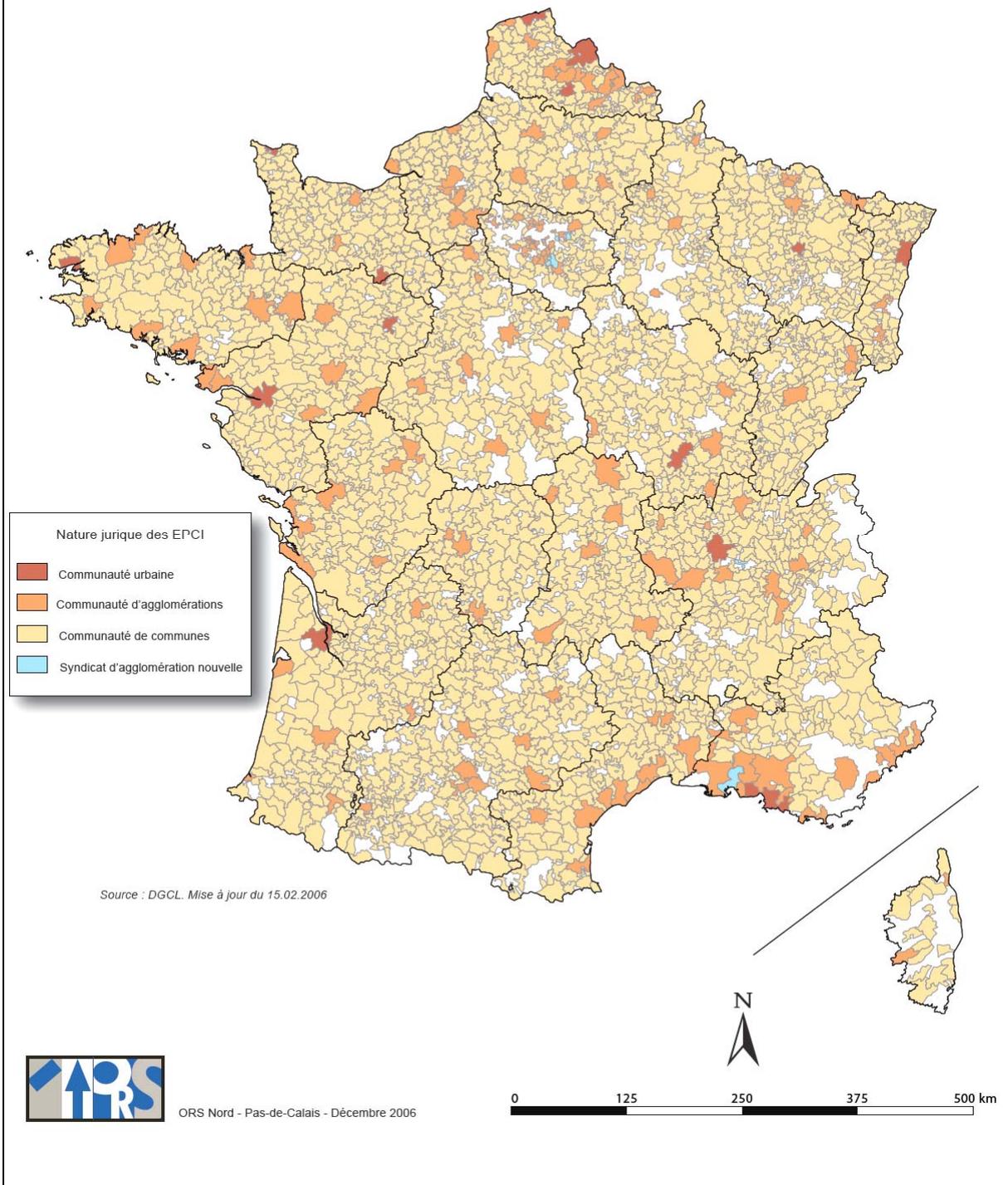
ORS Nord - Pas-de-Calais - Décembre 2006



0 125 250 375 500 km

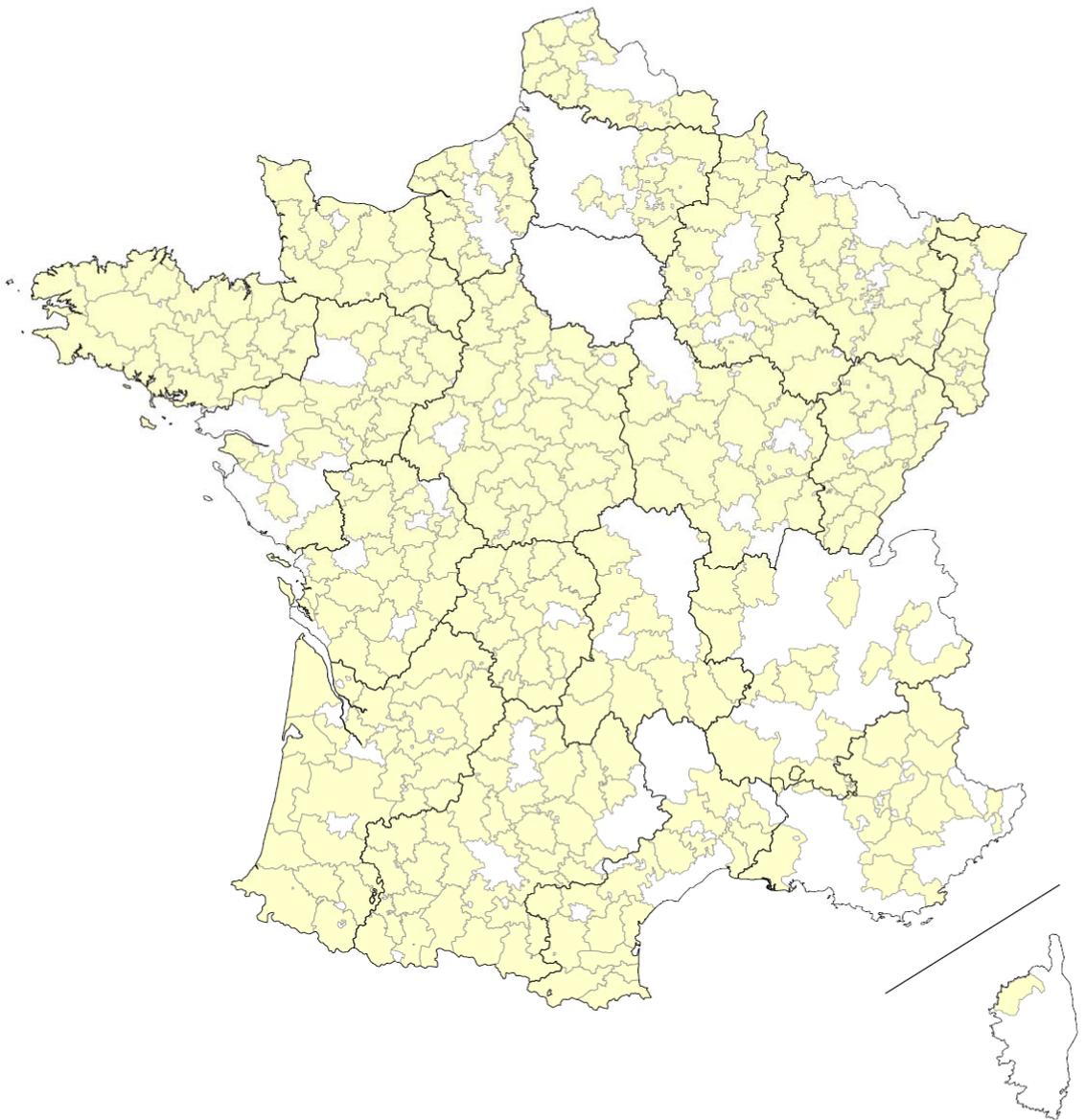
Carte 2

Intercommunalités : les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI)



Carte 3

Intercommunalités en France : Les Pays

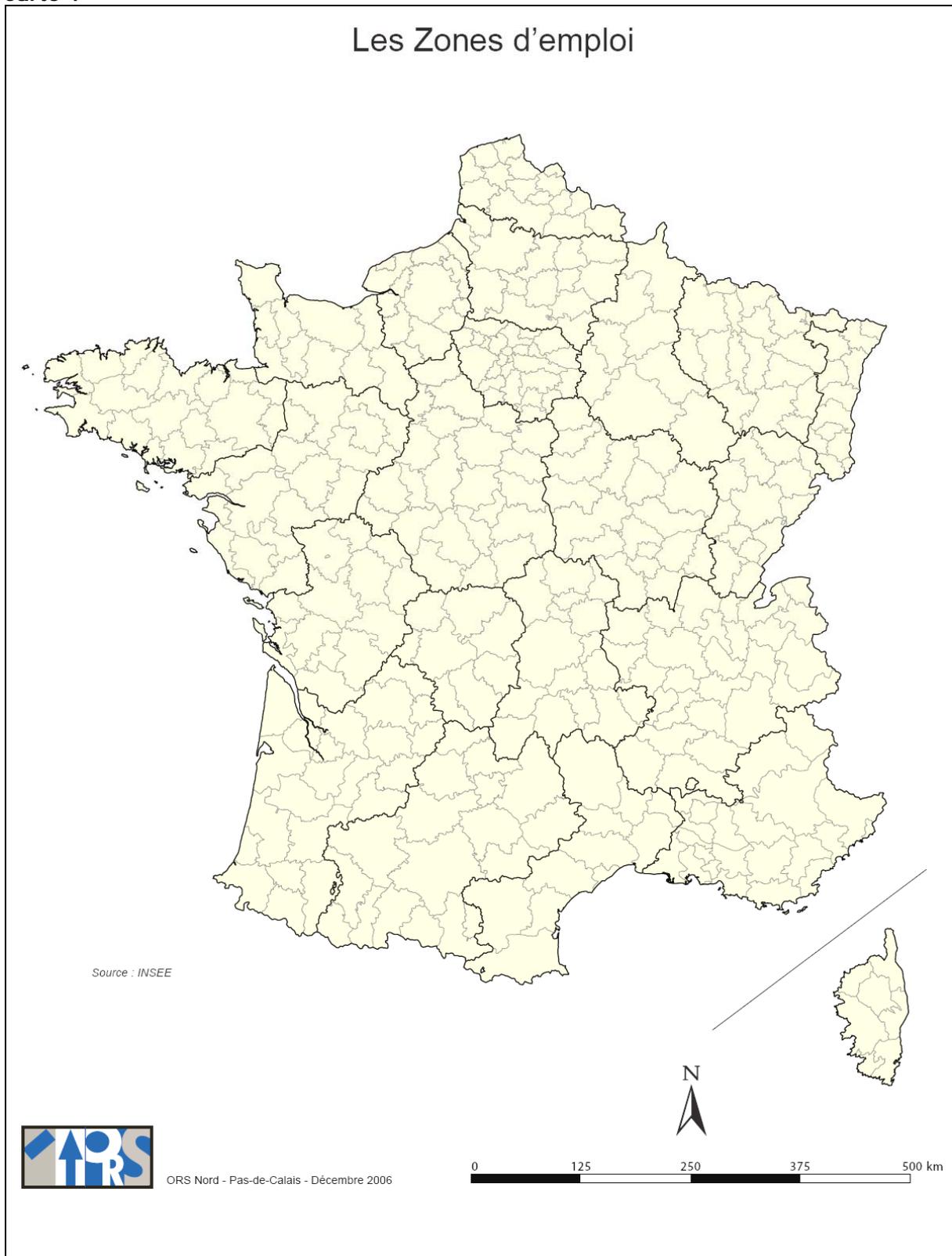


ORS Nord - Pas-de-Calais - Décembre 2006

0 100 200 300 400 km

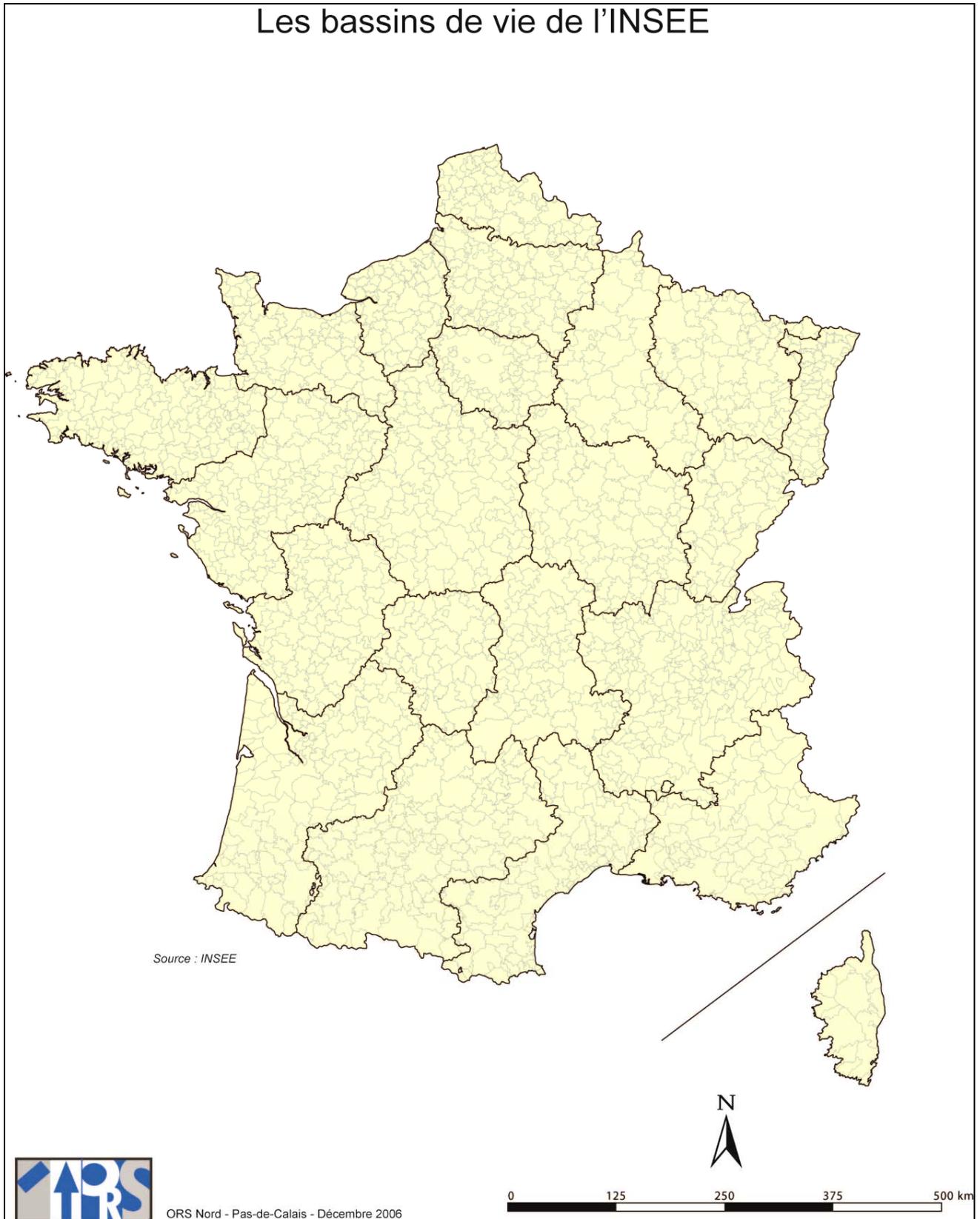


Carte 4

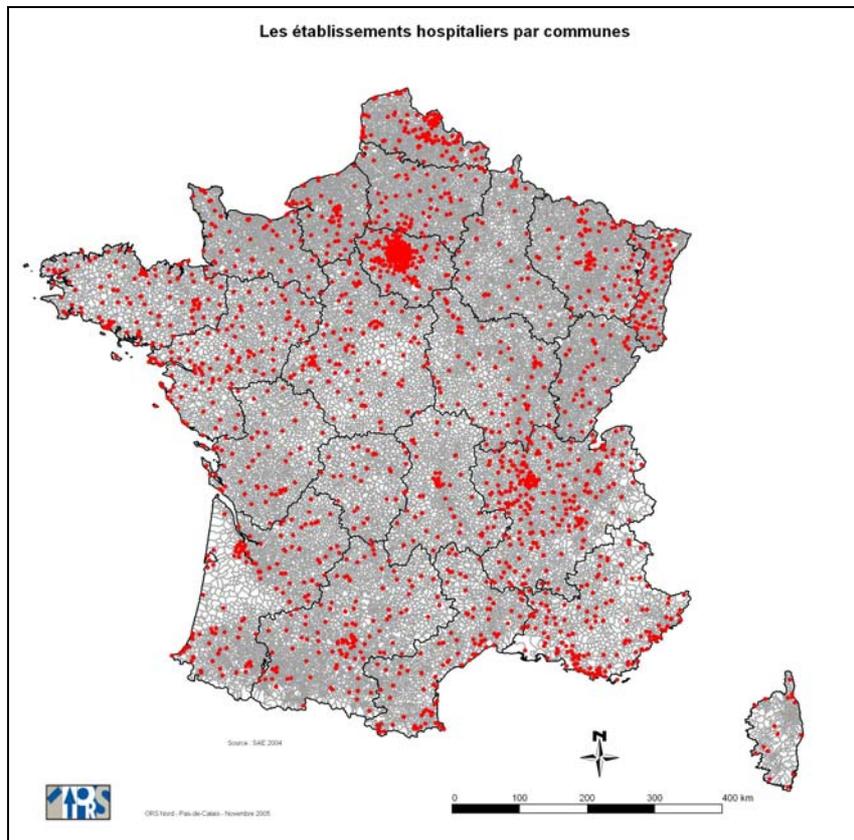


Carte 5

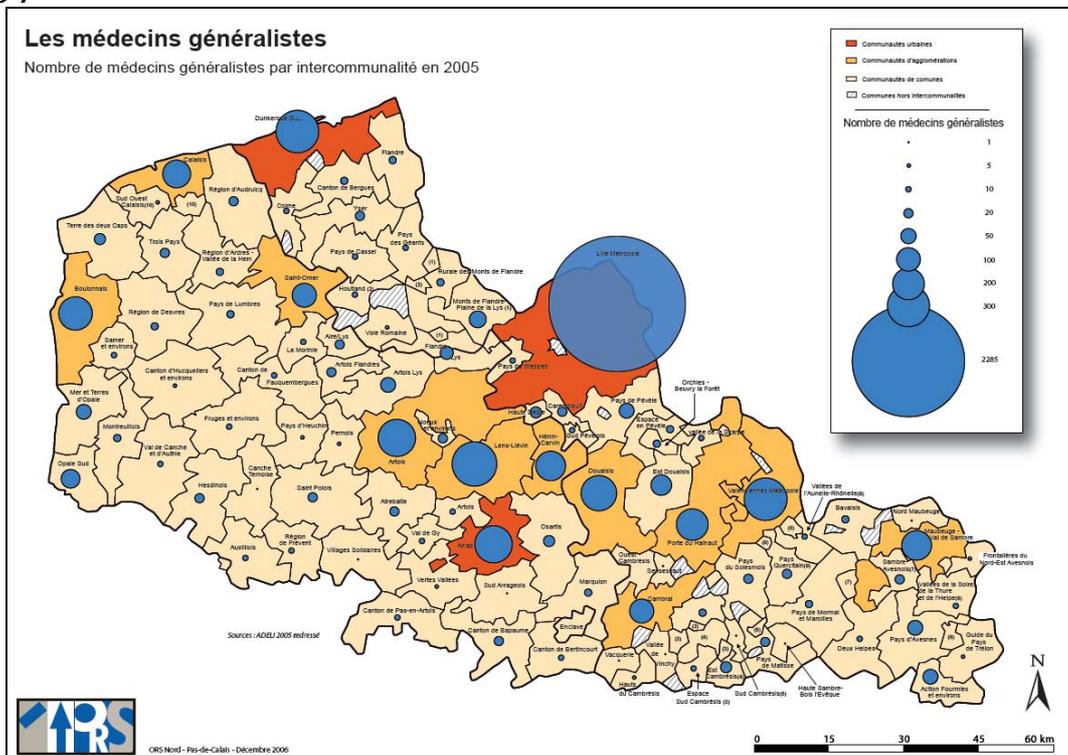
Les bassins de vie de l'INSEE



Carte 6

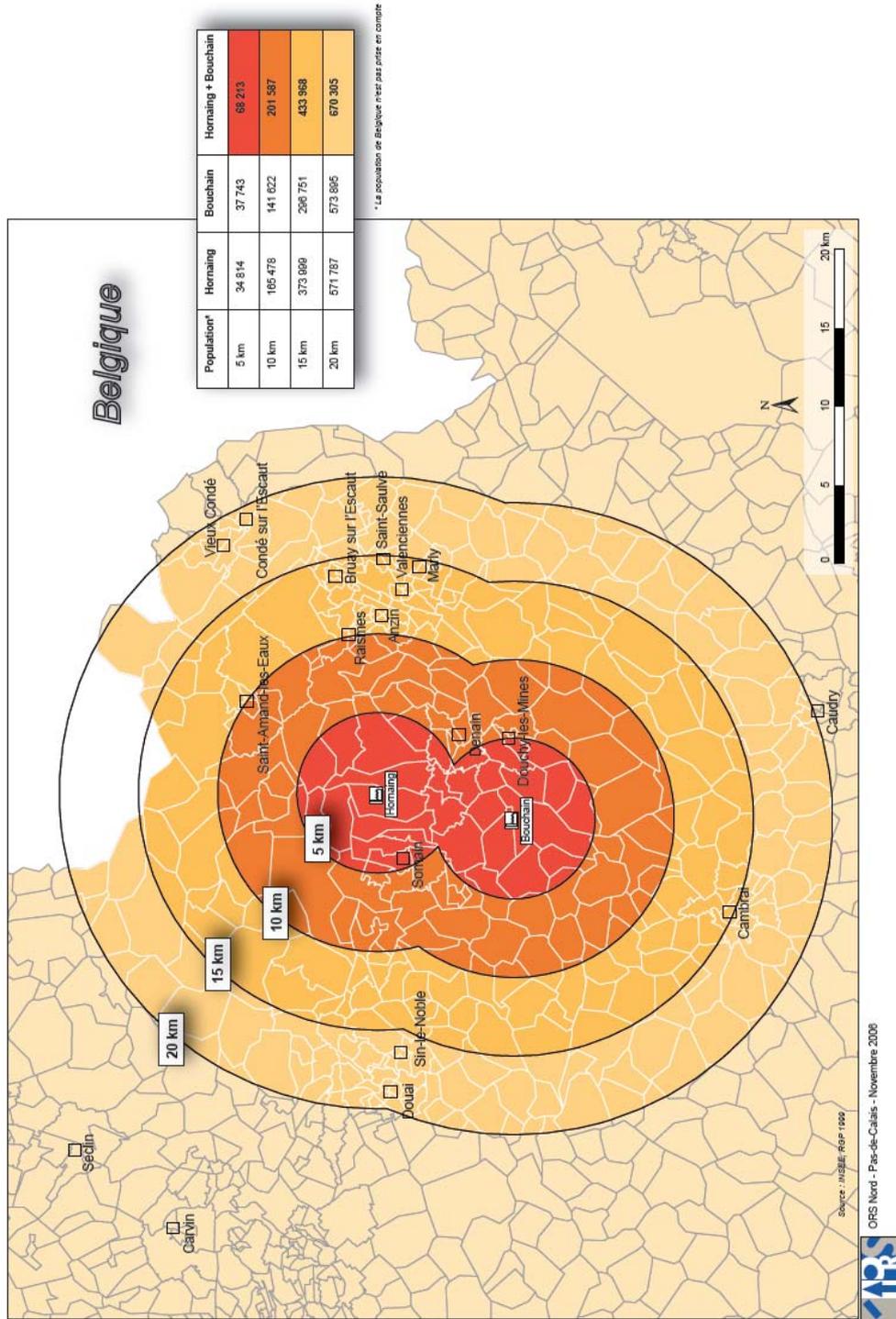


Carte 7



Carte 8

Aires d'influence des Centrales d'Hornaing et de Bouchain.
Représentation au niveau des Iris



Cancer

- Mise en place d'une proposition d'évaluation pour le plan cancer pour le Conseil régional Nord – Pas-de-Calais

P 23



Mise en place d'une proposition d'évaluation pour le plan cancer pour le Conseil régional Nord – Pas-de-Calais

Contexte

Le Nord - Pas de Calais occupe la première place des régions françaises (hors DOM) tant pour l'incidence (17 000 nouveaux cas par an) que pour la mortalité par cancer (plus de 10 400 décès par an), quelle que soit la localisation (sauf cutanée).

La surmortalité régionale est de +28 % chez les hommes et +13 % chez les femmes. 39 % des décès masculins et 27 % des décès féminins interviennent avant l'âge de 65 ans.

La surmortalité masculine par tumeur (le risque de mourir d'un cancer est 2,5 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes) est liée au fait que les hommes sont proportionnellement plus touchés par des cancers dont le pronostic demeure mauvais comme les cancers broncho-pulmonaires et ceux des voies aéro-digestives supérieures.

Les causes de décès par cancer les plus fréquentes sont :

- chez l'homme : le cancer du poumon, les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS), le cancer du côlon et le cancer de la prostate ;
- chez la femme : le cancer du sein et le cancer du côlon.

Face à ce constat persistant et alarmant, le Conseil régional a eu la volonté de mettre en place un Plan régional de lutte contre les cancers dont les 4 objectifs généraux sont de :

- réduire la mortalité prématurée,
- améliorer la qualité de vie des patients,
- réduire les inégalités sociales et géographiques d'accès aux soins,
- faire évoluer les mentalités sur la maladie.

Ces objectifs généraux sont déclinés en 5 objectifs opérationnels :

1. Rénover la prévention.
2. Renforcer le dépistage.
3. Améliorer l'accès aux soins par un renforcement des équipements lourds de diagnostic et de radiothérapie.
4. Mieux accompagner les malades et leur famille.
5. Contribuer au renforcement de la recherche.

Pour l'aider dans l'élaboration et le suivi de ce plan, le Conseil régional a sollicité l'Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais afin que soient conçus une proposition de méthodologie d'évaluation du plan régional de lutte contre les cancers, ses différents volets ainsi que des critères et indicateurs de suivi.

Objectifs

L'évaluation devrait permettre :

- une lisibilité de l'apport de la politique du Conseil régional, non seulement en propre mais aussi au sein de la charte des collectivités,
- de mesurer la plus-value apportée par les collectivités territoriales sur les politiques de santé publique ;
- de faire des propositions pour le suivi des indicateurs de l'évaluation.

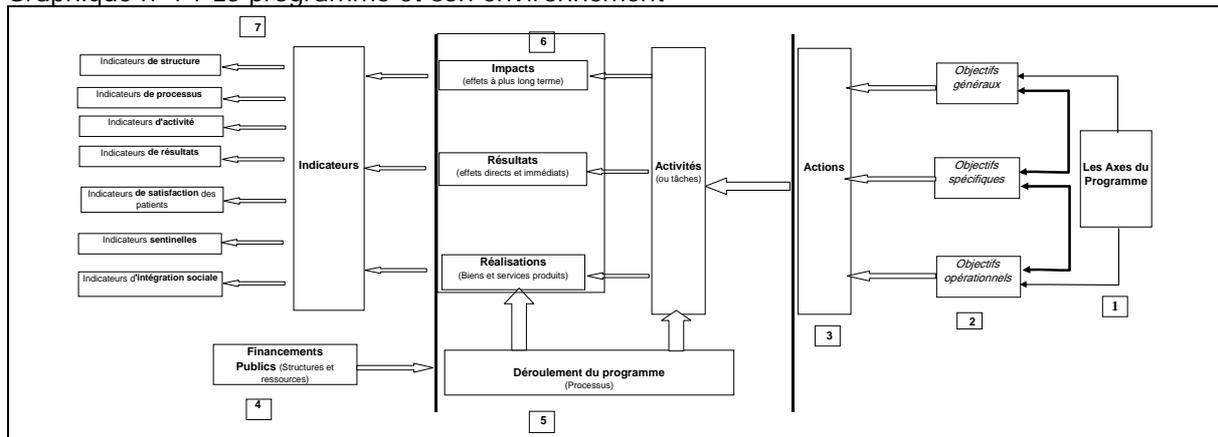


Méthodes utilisées

1- EVALUATION EX-ANTE

Cette évaluation se ferait en amont ; il s'agirait d'évaluer des actions financées par le Conseil régional en 2007.

Graphique n°1 : Le programme et son environnement



Source : Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais 2006.

Les étapes de l'évaluation consisteraient à un travail sur :

- a. la réalisation d'un état des lieux,
- b. **les axes du programme** (1 dans le graphique) : il s'agit des cinq priorités retenues par le programme,
- c. **les objectifs du programme** (2) : il s'agit des objectifs de chacune des priorités (ou axes) retenues. Ces objectifs peuvent se décliner en trois types : objectifs généraux, objectifs spécifiques et objectifs opérationnels.
- d. **les diverses actions du programme** (3) : il s'agit des projets financés, concourant par leur mise en place, à l'atteinte des objectifs visés.

Les différents projets sont financés dans le cadre du fonctionnement des structures qui les portent, d'où le point sur l'évaluation :

- e. **des structures et des ressources** (4) : ce sont les différents moyens qui permettent la réalisation d'une mission ou d'une action : locaux, installations, équipements, ressources matérielles, humaines (qualification, effectifs et organisation), systèmes d'information, encadrement, modes de fonctionnement, etc.
- f. **du processus** (5) : les actions à proprement parler et la gestion de leur réalisation ; c'est-à-dire l'organisation du travail autour des activités déclinées, leur coordination et leur continuité, la collecte et la transmission des informations. A chacune des activités identifiées peuvent correspondre un ou plusieurs processus spécifiques. Il s'agit donc d'un ensemble coordonné d'activités et de moyens qui conduisent à un résultat identifié. L'évaluation du processus du programme sera réalisée en fonction des différents points que sont l'organisation et le fonctionnement, les résultats et l'économique.
- g. **des réalisations** ou biens et services produits (6).
- h. **des résultats** ou effets directs et immédiats (6). Ceux-ci représentent les conséquences des activités sur l'état de santé de la personne ou de la population concernée (sur leur satisfaction, leur bien être ou leur qualité de vie).
- i. L'évaluation doit également mesurer **l'impact** (6) des actions ; c'est-à-dire les effets des actions (positifs ou négatifs). Cette notion d'impact étant plus globale que la notion de résultat, elle inclut une référence temporelle plus longue que le résultat. Ainsi, une action de soins peut avoir un résultat positif à court terme et un impact négatif à long terme.

- j. Ces différentes étapes de l'évaluation doivent permettre la détermination de différents **indicateurs** (7). Un indicateur étant défini comme une information choisie, associée à un critère qui permet de mesurer ou de comparer l'évolution d'un niveau d'amélioration des résultats et/ou des processus.

2- ANALYSE DES ACTIONS SUR LE VOLET PREVENTION

L'analyse des actions du volet prévention par typologie et territoire (Programmes Territoriaux de Santé et Etablissements Publics de Coopération Intercommunale) concernerait les actions, dans le cadre des PRS (Programmes Régionaux de Santé), financées par le Conseil régional et les autres financeurs. L'analyse rechercherait également les actions rejetées ainsi que les motifs de rejet et identifierait l'ensemble des acteurs ayant déposé des demandes retenues au moins une année.

Cette analyse s'appuierait sur l'exploitation des données provenant du **site Internet d'appels à projets** mis en place par l'ORS en fin d'année 2006.

3- SITE INTERNET D'APPELS A PROJETS

A la demande du Conseil régional et des deux départements du Nord et du Pas de Calais, l'ORS Nord – Pas-de-Calais a mis en place pour la première année la dématérialisation de l'appel à projets de santé 2007.

Il s'agissait pour les 3 institutions signataires de la *Charte pour la promotion et l'amélioration de la santé des habitants du Nord - Pas-de-Calais*, de disposer d'un outil très rapidement opérationnel qui garantisse un recueil d'information et une base de données fiables.

Ce projet a convaincu les membres du Groupement Régional de Santé Publique (Etat, Assurance Maladie) qui ont rejoint les collectivités dans ce projet devenu « **Appel à projets commun 2007** ».

Ce travail a été réalisé en 2 phases :

Phase 1 : un site de saisie en ligne

Après un travail sur le questionnaire à remplir, l'ORS a mis sur pied un site Internet permettant la saisie sécurisée en ligne des projets par les différents porteurs eux mêmes.

1 221 projets ont été saisis sur le site entre le 15 novembre et le 20 décembre 2006.

Ce système a été réalisé dans une triple optique :

- pédagogique : l'outil a été bâti pour permettre une utilisation simple pour les utilisateurs, variablement familiarisés avec l'informatique. Il disposait d'un contenu informatif et d'un accès sécurisé à un espace personnalisé par porteur de projet pour la modification des informations.
- harmonisée : pour éviter les erreurs inévitables liées à la saisie des fiches, sans compter le temps nécessaire à cette opération, de nombreux champs « automatisés » à cocher ou choisir visaient à permettre un recueil d'informations homogène. Ceci de manière à simplifier la gestion et l'évaluation du PRSP.
- fiable et sécurisé : conçu pour l'instruction des informations recueillies, l'outil en ligne devait permettre aux différents financeurs et décideurs de disposer d'une base de données fiable, exportable selon leurs propres besoins « en temps réel ».

Phase 2 : la base de données

Le développement de la phase 2 du projet a permis de répondre aux besoins des financeurs en phase d'instruction des projets.

Un site de gestion a été mis en place pour répondre aux différentes étapes d'instruction et pour en garder la trace et également pour permettre à chacun des 6 financeurs du PRSP d'extraire la base recueillie. Le site, accessible selon différents niveaux grâce à des codes personnalisés, permet à chacun d'instruire un projet et de mettre en commun, en temps réel ses remarques.



4- METHODE DE CALCUL DES INDICES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER

Cette méthode aurait pour objectif de déterminer grâce à des **indicateurs synthétiques** quels sont les territoires du Nord – Pas-de-Calais favorisés ou au contraire insuffisamment pourvus en matière de prise en charge du cancer.

La première phase méthodologique de ce travail a permis, sur la base de la littérature et d'entretiens qualitatifs menés auprès de professionnels et d'experts en cancérologie, de définir « **l'équipe idéale optimale ainsi que l'équipe idéale minimale** » des professionnels intervenant dans la prise en charge des patients atteints de cancer et/ou accompagnant le traitement.

Pour chaque niveau d'équipe (optimal et minimal) serait établi un indicateur mesurant l'écart entre la prise en charge idéale, que nous nommerions prise en charge attendue au sein d'un territoire, et celle réellement observée sur le terrain. Nous aboutirions ainsi aux deux indices suivants :

Indice de prise en charge optimale (IPCO)

$$IPCO_i = \frac{\text{(Prise en charge optimale réelle)}_i}{\text{(Prise en charge optimale attendue)}_i} \times 100$$

Indice de prise en charge minimale (IPCM)

$$IPCM_i = \frac{\text{(Prise en charge minimale réelle)}_i}{\text{(Prise en charge minimale attendue)}_i} \times 100$$

Dans les deux cas, le numérateur comme le dénominateur de ces indices s'apparenteraient à la moyenne pondérée du nombre de professionnels des différentes disciplines constituant l'équipe optimale (39 professions au total) ou l'équipe minimale (25 professions au total).

Ces deux indices seraient calculés pour chaque territoire (EPCI) de la région Nord – Pas-de-Calais ; un indice de 100 indiquant que le niveau de prise en charge observé sur le terrain est équivalent au niveau de prise en charge idéale attendu, un indice supérieur à 100 indiquant un niveau de prise en charge supérieur au niveau de prise en charge souhaité, en revanche, un niveau inférieur à 100 décrirait une situation moins bonne que le niveau de prise en charge attendu.

5- EXPLOITATION DU FICHIER ADELI

Ce fichier interviendrait à différents niveaux méthodologiques.

Il permettrait en effet :

- d'analyser à l'échelle des EPCI, la densité de plusieurs professions intervenant dans la prise en charge du cancer en tenant compte des bassins de soins en cancérologie.
- de calculer les numérateurs des **indices de prise en charge** du cancer.

ADELI répertorie les professionnels de santé en exercice au premier janvier de chaque année. Au niveau régional, il nous a été fourni par le service statistique de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales du Nord - Pas-de-Calais.

Parmi les variables de ce fichier nous retiendrons :

- la discipline de la première qualification du médecin correspondant à son activité principale ;
- l'âge du médecin au 01/01/2005 ;
- le code INSEE de la commune où exerce le médecin ;



- le secteur d'activité (cabinet, hôpital public, hôpital privé (PSPH¹ ou non) etc.) ;
- le type d'activité (libéral ou mixte, salarié) ;
- le coefficient de redressement du nombre de médecins (voir note explicative *infra*).

Les données seraient exploitées par le biais du logiciel SAS (version 9.1.3).

D'après ADELI, au 1^{er} janvier 2005, il y avait dans la région Nord – Pas-de-Calais 6 653 médecins généralistes, 5 398 médecins spécialistes et 43 938 professionnels de santé du secteur paramédical.

Note explicative sur l'estimation du nombre de médecins

Face au besoin d'harmoniser les données de démographie médicale produites à partir de différentes sources statistiques (DRESS², Ordre, CNAMTS³, INSEE⁴)⁵, en 1999, deux structures ont été parallèlement créées : un groupe de travail du Comité National de l'Information Statistique (CNIS) et un comité ministériel d'harmonisation des données relatives à la démographie médicale mis en place à la demande du cabinet du secrétariat d'Etat à la Santé. Le travail d'harmonisation de la DRESS a permis d'établir différents coefficients de redressement tenant compte, d'une part de la qualité de l'enregistrement des médecins au sein du fichier ADELI suivant leur région d'exercice, et d'autre part du type d'activité salariée (secteur hospitalier/non hospitalier) des praticiens. Ces redressements ne concernent pas le secteur paramédical.

6- L'ÉVALUATION DE LA DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN CANCEROLOGIE

Depuis la création des Centres de Lutte Contre le Cancer en 1948 (CLCC) jusqu'à ce jour, la pluridisciplinarité n'a cessé d'être un *leitmotiv* en cancérologie. Définie comme un principe, elle n'a pourtant pas été un objet d'étude très poussé. En effet, peu de chercheurs se sont emparés de la question des professionnels de santé qui interviennent dans la prise en charge des cancers. Nous nous sommes donc lancés dans cette recherche, en nous appuyant sur plusieurs références bibliographiques et dix entretiens qualitatifs.

L'enquête a permis de définir une « équipe idéale de prise en charge du cancer ». Nous avons aussi « pondéré » cette liste en sélectionnant les professionnels de santé qui interviennent dans la prise en charge des cancers très présents sur la région. Ce second listing de professionnels porte le nom « d'équipe idéale régionale minimale de prise en charge du cancer ». Nous savons ainsi que si cette équipe n'est pas présente dans son ensemble localement, la prise en charge ne sera pas suffisante pour les cancers en Nord – Pas-de-Calais.

Il est important de noter que ces équipes peuvent « évoluer », et ce, en fonction du traitement envisagé, de l'âge du patient et du stade d'avancée de son cancer. L'étude évaluera donc l'importance de la prise en charge en quantifiant en « Equivalent Temps Plein » (ETP) le nombre de personnels dont un patient a besoin. Ensuite, nous serons en mesure de déterminer si les systèmes locaux de prise en charge du cancer en Nord – Pas-de-Calais sont performants ou pas.

D'ores et déjà, cette étude nous a appris que les « Réunions de Concertations Pluridisciplinaires » (RCP) n'étaient pas pratiquées de la même manière sur tout le territoire, et que celles-ci souffraient d'un manque de matériel informatique pour fonctionner correctement. Aussi, les réseaux ne fonctionnent-ils pas encore convenablement ; ce qui changera certainement dans les mois à venir. En effet, la pluridisciplinarité est en mouvement aujourd'hui : il ne s'agit plus de vivre une collabo-

¹ Participant au Service Public Hospitalier.

² Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

³ Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

⁴ Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

⁵ Niel X. *L'harmonisation des données de démographie médicale*. Paris : Cahiers de sociologie et de démographie médicale, 42 (1), janvier-mars 2002 ; 6-35.

ration fonctionnelle minimale mais maximale, en faisant interagir les pratiques professionnelles pour le patient. L'interdisciplinarité devient donc une pratique vers laquelle tend la cancérologie.

7- L'ÉVALUATION DU PLAN CANCER PAR LA POPULATION ET LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Cette phase de l'évaluation du plan cancer s'appuierait sur une enquête auprès de la population, des associations d'usagers et des professionnels de santé concernant les forces et les faiblesses du système régional de lutte contre le cancer. Cette étude aurait deux objectifs. Tout d'abord, il s'agirait de connaître le niveau d'information de ces acteurs, tant sur la maladie que sur les modalités de prise en charge existantes (sanitaire, sociale et psychologique) ainsi que l'implication du Conseil régional. Il s'agirait également d'identifier les besoins particuliers dans la région Nord – Pas-de-Calais, en ce qui concerne le cancer.

Cette évaluation se ferait chaque année pendant cinq ans.

Pour cela, trois études seraient prévues :

- l'une, auprès de la population, serait effectuée *via* un questionnaire réalisé par téléphone à 1 500 personnes maximum,
- l'autre, auprès des personnes malades et de leur entourage, serait effectuée par une ethnographie dans un service qui accueille des patients atteints du cancer,
- enfin, des entretiens qualitatifs seraient menés pour connaître les perceptions des acteurs associatifs et des professionnels de santé.

8- MISE AU POINT D'UNE METHODOLOGIE D'EXTRACTION DES DONNEES LIEES AU CANCER DANS LE FICHIER PMSI REGIONAL 2005

Le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) consiste en un recueil d'informations administratives et médicales sur chaque séjour réalisé dans un établissement hospitalier, public ou privé, de type MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrique). Ce recueil d'informations étant inadapté pour la lecture des séjours liés au cancer, l'ORS se devrait de développer une méthodologie pour extraire ces séjours du PMSI par un système de requêtes multiples sur différentes variables de chaque séjour (diagnostics, actes médicaux et regroupement des séjours en Groupes Homogènes de Malades). On s'inspirerait de plusieurs méthodologies existantes¹² qu'il faudrait adapter et actualiser.

In fine, la constitution d'une base Cancer régionale devrait permettre de construire des bassins d'attraction en cancérologie (ou bassins de soins) à partir de l'outil SIGORS par l'analyse des flux entre les communes de résidence des patients et les communes où ces patients se font soigner pour une pathologie cancéreuse.

9- METHODOLOGIE POUR LA CONSTRUCTION DES BASSINS DE SOINS (OU BASSINS D'ATTRACTION) EN CANCEROLOGIE

Le principe des bassins de soins est de regrouper les communes dont les patients s'orientent majoritairement vers la même commune, identifiée comme la commune pôle du bassin d'attraction, pour recevoir des soins. On partirait des données contenues dans la base Cancer conçue par l'ORS à partir du fichier PMSI régional 2005.

Pour chaque séjour lié au cancer, les informations à collecter pour la construction des bassins seraient : le code postal de résidence du patient, le numéro d'identification de l'établissement de soins (numéro Finess) ainsi que son code commune, l'âge du patient, la localisation de sa pathologie cancéreuse (par appareil et par organe) et la présence ou non d'actes de chimio/radiothérapie. C'est l'analyse des flux entre communes qui permettrait d'affecter chaque commune à un bassin d'attraction.

¹ Borella L, Garrigues B. Volume et coût de la prise en charge hospitalière du cancer en France en 1999. *Bulletin du cancer* 2002 ; n°9 : 809-821.

² Buisset E, Grave C, Crunelle S, Cucchi M, Cauchois D, Caeyseele T. *Extraction de la cancérologie des bases PMSI régionales*. 5èmes assises du COREDIM, octobre 2003.



L'objectif de la construction de ces bassins de soins serait de disposer de territoires pertinents pour une analyse des systèmes de prise en charge du cancer. Ils seraient utilisés notamment pour calculer la densité des professionnels médicaux et paramédicaux intervenant dans la prise en charge des patients atteints de cancer.

10- METHODOLOGIE POUR UN REPORT AU NIVEAU DES EPCI DE LA DENSITE DES PROFESSIONNELS DE SANTE INTERVENANT DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER

Les données nécessaires pour l'application de cette méthodologie seraient :

- le fichier ADELI régional 2005 qui décrit les professions de santé médicales et paramédicales,
- les bassins de soins en cancérologie élaborés à partir de l'analyse du fichier régional PMSI 2005,
- le zonage géographique des intercommunalités (Communautés Urbaines, Communautés d'Agglomérations, Communautés de Communes, Pays),
- la liste des professionnels de santé nécessaires à une prise en charge des patients atteints de cancer.

A partir de cette liste, on relèverait dans ADELI le nombre de professionnels présents par bassin d'attraction afin d'en mesurer la densité. Cette densité serait ensuite reportée sur les intercommunalités en partant du principe que chaque intercommunalité strictement incluse dans le zonage d'un bassin d'attraction a la même densité que ce bassin. Pour les intercommunalités à cheval entre plusieurs bassins, une pondération serait introduite par le calcul du poids démographique de chaque fraction de territoire.

Cette densité servirait à l'élaboration d'un indicateur synthétique mesurant l'écart entre la situation de l'intercommunalité en terme de prise en charge du cancer et une situation de prise en charge minimale puis optimale.

Territoire concerné

La région Nord – Pas-de-Calais.

Principaux résultats

LA PREVENTION

L'analyse du volet prévention montre qu'il n'existe pas pour le cancer, d'une manière individualisée, un volet consacré à ce domaine. Ce volet est couvert d'une manière transversale au niveau des actions inter PRS et sur les pratiques alimentaires, comme l'indique le tableau de répartition des 202 actions de prévention financées en 2006 par le Conseil régional et les autres financeurs.

Tableau n° 1 : Répartition des actions de prévention financées en 2006 par le Conseil régional et autres financeurs

PRS	Nombre d'actions de prévention	%
CCAR	49	24,3
INTER PRS	2	1,0
PRAPS	19	9,4
SCV	90	44,6
SEJ	42	20,8
Total	202	100,0

CCAR : Conduites de Consommation A Risque

PRAPS : Précarité et Santé

SCV : Santé CardioVasculaire

SEJ : Santé des Enfants et des Jeunes

Source : Données PRS (Conseil régional, DRASS, Assurance maladie). Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais 2006.



L'analyse par territoire montre que c'est dans les territoires de la Métropole sud, de la Flandre maritime, de la Métropole nord et de Lens, qu'il y a eu un nombre élevé d'actions de prévention déposées en 2006.

Tableau n°2 : Répartition des actions de prévention financées, par PRS et par territoire, en 2006

Territoires	PRS					Total	%
	CCAR	INTER PRS	PRAPS	SCV	SEJ		
Arras	2	-	3	3	3	11	5,4
Avesnes-sur-Helpe	-	-	-	6	-	6	3,0
Béthune	3	-	2	5	4	14	6,9
Boulogne-sur-Mer	2	-	-	-	2	4	2,0
Boulogne-sur-Mer	2	-	-	1	-	3	1,5
Calais	1	-	-	6	-	7	3,5
Cambrai	1	-	1	3	1	6	3,0
Douai	3	1	-	4	2	10	5,0
Flandre Intérieure	-	-	-	1	-	1	0,5
Flandre Maritime	9	-	4	9	12	34	16,8
Lens	2	-	3	10	4	19	9,4
Montreuil	2	-	-	4	1	7	3,5
Nord métropole	6	-	1	10	4	21	10,4
Saint-Omer	4	-	1	2	-	7	3,5
Sud métropole	5	-	4	18	8	35	17,3
Valenciennes	7	1	-	8	1	17	8,4
Total	49	2	19	90	42	202	100,0
%	24,3	1,0	9,4	44,6	20,8	100,0	-

Source : Données PRS (Conseil régional, DRASS, Assurance maladie). Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais 2006.

L'analyse des actions de prévention financées en 2006, par type de porteur et par PRS, montre que :

- arrivent en tête les associations avec 51 % des actions financées,
- vient ensuite l'Education nationale avec 29 %.

Tableau n°3 : Répartition des actions de prévention financées, par PRS et par type de porteur, en 2006

Type porteur	PRS					Total	%
	CCAR	INTER PRS	PRAPS	SCV	SEJ		
Association	17	2	14	45	25	103	51,0
Collectivité territoriale	5	-	4	18	5	32	15,8
Education nationale	24	-	-	24	11	59	29,2
Etablissement de santé	-	-	-	1	-	1	0,5
Organisation professionnelle	2	-	-	1	-	3	1,5
Protection sociale	1	-	1	1	1	4	2,0
Total	49	2	19	90	42	202	100,0
%	24,3	1,0	9,4	44,6	20,8	100,0	-

Source : Données PRS (Conseil régional, DRASS, Assurance maladie). Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais 2006.



ANALYSE DES ACTIONS REFUSEES

Sur les 321 demandes de financement d'actions de prévention déposées, 103 ont été refusées ou abandonnées par le porteur ; soit 32,1 %.

Ces actions refusées par le comité technique PTS ou CTS¹ et/ou par le comité de pilotage PTS ou CTS, en 2006 ou abandonnées par le porteur se répartissent par PRS en :

- 14 actions/67 actions déposées, soit 20,9 % des actions du PRS conduites de consommation à risque,
- 10 actions/28 actions déposées, soit 35,7 % des actions du PRS PRAPS,
- 43 actions/135 actions déposées, soit 31,9 % des actions du PRS SCV et
- 36 actions/87 actions déposées, soit 41,4 % des actions du PRS SEJ.

Les motifs essentiels de refus de financements, évoqués par le comité technique PTS ou CTS et/ou par le comité de pilotage PTS ou CTS, en 2006 sont, pour chaque PRS, résumés dans le tableau suivant.

Tableau n° 4 : Résumé des motifs essentiels de refus de financement des actions, par PRS

PRS	Motifs de refus	Nb de citations
CCAR	Absence de partenariats (locaux, etc.)	6
	Pas d'état des lieux	6
	Non respect de la charte des PRS	4
PRAPS	Action relevant d'un autre projet	2
SCV	Faiblesses méthodologiques du projet	15
	Ne tient pas compte des six points de la charte des PRS	13
	Ne tient pas compte de l'existant (état des lieux)	7
	Absence de partenariats (locaux, etc.)	6
	Ne rentre pas dans les objectifs du PRS	4
SEJ	Manque de méthodologie	3
	Action relevant d'un autre projet	2
	N'entre pas dans le cadre des financements PRS	2
	Manque de cohérence entre les besoins	2
	Ouvrir le partenariat avec professionnels de santé	2
	Le partenariat mis en avant n'est pas confirmé	2
	Action non pertinente	2
	N'apporte pas de plus-value santé	2

Source : Données PRS (Conseil régional, DRASS, Assurance maladie). Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais 2006.

¹ Comité Territorial de Santé.



Santé - environnement

- **A1-** Exploration des enjeux en santé et environnement dans les territoires de la région : le Bassin minier Nord - Pas-de-Calais *P 35*
- **A2-** Exploration des enjeux en santé et environnement dans les territoires de la région : la Communauté d'Agglomération du Boulonnais *P 36*
- **A3-** Cancer, Inégalités Régionales, Cantonales et Environnement (CIRCÉ) *P 37*
- **A4-** Pour une meilleure connaissance de l'exposition de la population aux polluants de l'environnement *P 38*
- **A5-** Pour un développement de l'expertise en santé environnementale dans la région Nord – Pas-de-Calais *P 39*
- **A6-** Etude de la répartition géographique des maladies inflammatoires chroniques de l'Intestin (MICI) dans les départements du Nord – Pas-de-Calais et de la Somme *P 40*
- **A7-** Programme de surveillance des effets sur la santé liés à la pollution atmosphérique en milieu urbain : PSAS-9. Contribution de l'ORS Nord - Pas-de-Calais au pôle lillois *P 42*
- **A8-** Etude Primequal : « Pour une cohérence territoriale de la gestion de la qualité de l'air dans la région Nord – Pas de Calais » *P 44*
- **A9-** Évaluation de la campagne 2005-2006 du programme de dépistage du saturnisme infantile dans 9 communes du Nord et du Pas-de-Calais *P 48*
- **A10-** Exposition des jeunes enfants aux métaux lourds en milieu scolaire situé dans un environnement pollué : contamination des mains par les poussières *P 50*
- **A11-** Contamination par le plomb des sols et des poussières dans les lieux de vie de l'enfant autour d'un site industriel : caractérisation et analyse des relations avec la plombémie *P 52*



A1- Exploration des enjeux en santé et environnement dans les territoires de la région : le Bassin minier Nord - Pas-de-Calais

Contexte

La thématique santé-environnement est une préoccupation importante dans la région Nord – Pas-de-Calais. Fortement marquée par son passé industriel, elle doit à la fois gérer les conséquences des activités passées et développer des activités économiques nouvelles et durables. Par ailleurs, la situation sanitaire de la région est préoccupante ; ce qui rend nécessaire une politique de prévention ambitieuse, prenant en compte en particulier les facteurs de risque liés à l'environnement. L'ORS Nord – Pas-de-Calais a publié en 2003 un rapport faisant le bilan d'une étude visant à explorer les enjeux en matière de santé-environnement sur le territoire de la Communauté Urbaine de Dunkerque : cette étude associait synthèse des données locales disponibles et entretiens avec les acteurs locaux et a débouché sur la rédaction de recommandations. Sur la base de cette expérience, le Conseil régional a demandé à l'ORS d'envisager l'application du même type d'étude dans les autres territoires de la région. Après le territoire de Boulogne en 2005, le territoire retenu pour 2006-2007 est le Bassin minier.

Objectifs

- Recenser et synthétiser les données disponibles en matière de santé et d'environnement.
- Pointer les éléments d'incertitude.
- Faire des recommandations sur les besoins en matière de connaissance pour caractériser l'impact sanitaire des facteurs de risque environnementaux.
- Faire en sorte que les connaissances disponibles sur l'impact sanitaire des facteurs de risque environnementaux puissent être prises en compte dans le débat public.

Méthode utilisée

En raison de l'importance du territoire étudié, le travail sera réalisé en 2 phases.

La première phase (réalisée sur l'exercice 2006) a consisté à élaborer une synthèse assez large des enjeux en santé environnementale sur l'ensemble du territoire.

En 2007, la seconde phase consistera à approfondir les thématiques et/ou des territoires jugés prioritaires.

D'après les premiers éléments de cadrage, les enjeux en santé environnementale seront étudiés sous l'angle de l'impact sur la santé de la population du Bassin minier de :

- la qualité de l'eau,
- la qualité de l'air,
- la qualité des sols,
- la qualité du logement.

Territoire concerné

Le territoire d'étude est composé de 284 communes situées dans le Bassin minier.

Partenaires associés

Un comité d'appui a été constitué. Il est informé et consulté sur les investigations menées et sur les différentes étapes de la démarche. Il veillera aussi à organiser les relations avec les autres instances et à la présentation publique des résultats.



A2- Exploration des enjeux en santé et environnement dans les territoires de la région : la Communauté d'Agglomération du Boulonnais

Contexte

La thématique santé-environnement est une préoccupation importante dans la région Nord - Pas-de-Calais. Fortement marquée par son passé industriel, elle doit à la fois gérer les conséquences des activités passées et développer des activités économiques nouvelles et durables. Par ailleurs, la situation sanitaire de la région est préoccupante ; ce qui rend nécessaire une politique de prévention ambitieuse, prenant en compte en particulier les facteurs de risque liés à l'environnement. L'ORS Nord - Pas-de-Calais a publié en 2003 un rapport faisant le bilan d'une étude visant à explorer les enjeux en matière de santé environnement sur le territoire de la Communauté Urbaine de Dunkerque : cette étude associait synthèse des données locales disponibles et entretiens avec les acteurs locaux et a débouché sur la rédaction de recommandations. Sur la base de cette expérience, le Conseil régional a demandé à l'ORS d'envisager l'application du même type d'étude dans les autres territoires de la région. Le territoire retenu pour l'année 2005 était la Communauté d'Agglomération du Boulonnais.

Objectif de l'étude

Le but du projet était d'apporter les éléments nécessaires à la mise en place d'une politique de prévention des risques sanitaires liés à l'environnement sur le territoire de la Communauté d'Agglomération du Boulonnais afin de diminuer l'impact sur la santé des émissions polluantes.

Méthode

Le projet a comporté 4 étapes :

- recensement et synthèse des données disponibles sur le territoire en matière de santé et d'environnement ;
- revue de la littérature scientifique ;
- recueil par entretiens du point de vue des acteurs du débat public local : élus, associations, professionnels de la santé et de l'environnement, acteurs économiques ;
- synthèse, mise en perspective et élaboration de recommandations : cette étape a été réalisée avec le soutien d'un comité local d'appui et s'est appuyée sur la consultation d'experts régionaux et nationaux.

Territoire concerné

Communauté d'Agglomération du Boulonnais (22 communes soit 123 000 habitants).

Résultats

Les résultats de l'étude ont été présentés au comité d'appui local. Les principales conclusions sont les suivantes :

- L'environnement est considéré avant tout comme un patrimoine de qualité et l'un des éléments moteurs du développement local.
- Les enjeux liés aux risques environnementaux sont peu présents dans le débat public local alors qu'ils devraient être mieux pris en compte dans les projets de développement (pollution de l'air liée aux transports par route et par mer, sols pollués, assainissement et qualité des eaux, activités agricoles).

Le rapport définitif de l'étude sera publié au premier trimestre 2007.

Partenaires

Travail réalisé pour le Conseil régional Nord – Pas-de-Calais.



A3- Cancer, Inégalités Régionales, Cantonales et Environnement (CIRCE)

Contexte

Un travail réalisé par l'ORS, à la demande du Conseil régional Nord - Pas-de-Calais, a mis en évidence l'importance des inégalités infra-régionales de mortalité, en particulier par cancer. Suite à ce travail, le Conseil régional a demandé à l'ORS d'étudier de manière plus précise les inégalités de mortalité par cancer et d'envisager la part de ces inégalités qui pourrait être liée aux facteurs de risque environnementaux. Dans ce but, avec le soutien du Conseil régional Nord - Pas-de-Calais, l'ORS Nord - Pas-de-Calais s'est associé aux ORS de trois autres régions (Ile-de-France, Picardie et Rhône-Alpes) et à l'INERIS (Institut National de l'Environnement industriel et des RISques) pour élaborer un projet visant à décrire les variations géographiques de mortalité et d'incidence des cancers et à analyser leurs relations avec l'exposition de la population aux facteurs de risques environnementaux.

Objectifs

La contribution de l'ORS Nord - Pas-de-Calais à la première phase (2005-2006) de ce projet pluri-annuel vise à analyser, sur la base d'une méthodologie élaborée en commun avec les partenaires du projet, les variations géographiques, à l'échelle cantonale, de la mortalité par cancer dans la région Nord - Pas-de-Calais pendant la période 1991-1999.

Méthode

Des échanges avec l'INERIS et les trois autres ORS ont permis la mise au point d'une méthodologie commune, en particulier en ce qui concerne l'estimation des populations des cantons entre les 2 recensements, le choix des localisations de cancers, le calcul des ratios standardisés de mortalité des cantons et l'analyse spatiale exploratoire (cartographie, lissage des taux, tests d'hétérogénéité, indices d'autocorrélation spatiale). La poursuite du projet en 2006 a permis l'élaboration d'un atlas de la mortalité par cancer dans la région Nord - Pas-de-Calais et dans les trois autres régions, qui sera publié au premier trimestre 2007.

Territoire concerné

Région Nord - Pas-de-Calais.

Partenaires associés

ORS Ile-de-France.

ORS Picardie.

ORS Rhône-Alpes.

Institut National de l'Environnement industriel et des RISques.

Conseil régional Nord – Pas-de-Calais.



A4- Pour une meilleure connaissance de l'exposition de la population aux polluants de l'environnement

Contexte

L'analyse de relations environnement-santé comme la définition des enjeux prioritaires en matière de santé et environnement dans la région ainsi que la réponse aux interrogations de la population nécessitent de disposer de données permettant d'apprécier l'exposition de la population aux polluants. Cela nécessite de pouvoir croiser des données de population (effectifs mais aussi caractéristiques socio-démographiques) et des données d'exposition (distance par rapport aux sites émetteurs ou voies de circulation, concentrations mesurées ou modélisées dans les différents milieux...).

Objectifs

Sur la base de son expérience dans le domaine des Systèmes d'Information Géographiques et dans le domaine de la santé environnementale, l'ORS a été sollicité par le Conseil régional Nord - Pas-de-Calais pour contribuer à l'élaboration d'un système d'information en santé-environnement.

Méthode utilisée

- Recensement des partenaires potentiels et des données disponibles (population et environnement).
- Analyse critique des données disponibles.
- Mise en œuvre d'études de cas :
 - caractéristiques des logements et de leurs habitants à l'échelle des IRIS-2000 dans la région Nord – Pas-de-Calais ;
 - caractéristiques socio-démographiques des IRIS-2000 et proximité de sites industriels polluants ;
 - exposition de la population au NO₂ et caractéristiques socio-démographiques sur le territoire de Lille Métropole Communauté Urbaine ;
 - faisabilité de l'évaluation de l'impact sanitaire des émissions de polluants des centrales thermiques de la région.
- Définition des phases ultérieures du projet.

Territoire concerné

La région Nord - Pas-de-Calais.

Principaux résultats

Ce projet de nature pluri-annuelle a nécessité au préalable une phase de définition qui a été réalisée en 2005. Elle a visé en particulier à recenser les partenaires potentiels et à nouer des contacts avec eux, à recenser les données disponibles et à en faire une analyse critique sur la possibilité d'utilisation pour l'analyse de l'exposition de la population et l'analyse de relations avec des indicateurs sanitaires.

En 2006, l'acquisition de données complémentaires a permis la réalisation des études de cas, dont la publication sera réalisée au premier trimestre 2007.

Partenaires associés

Travail réalisé pour le Conseil régional Nord – Pas-de-Calais.



A5- Pour un développement de l'expertise en santé environnementale dans la région Nord – Pas-de-Calais

Contexte

Un des leviers nécessaires pour améliorer la prise en compte des enjeux en matière de santé environnementale dans les politiques publiques, est le développement de l'expertise en santé environnementale dans la région. En effet, si l'expertise en environnement est déjà conséquente (cf. par exemple l'inventaire établi sur la recherche en environnement par le Comité Régional Stratégique de Recherche en Environnement), les disciplines plus spécifiquement tournées vers la santé environnementale doivent être développées. Dans ce but, le Conseil régional Nord - Pas-de-Calais a demandé à l'ORS d'établir un état des lieux, qui permettra d'apprécier les enjeux pour les années à venir et en particulier les activités à développer et à soutenir.

Objectif

Réaliser un état des lieux régional de l'expertise en santé environnementale et en particulier dans les disciplines contribuant à l'évaluation et la gestion des risques sanitaires (épidémiologie, toxicologie, sciences de l'ingénieur contribuant à la mesure et la modélisation de l'exposition humaine, évaluation des risques, sciences humaines et sociales).

Méthode et résultats

Le projet a comporté quatre étapes :

- définition des champs d'expertise couverts par l'étude ;
- recensement des acteurs régionaux dans ces différents champs : expertise publique et privée, équipes de recherche, formations initiales et continues ;
- recueil de données auprès des acteurs identifiés (domaine et type d'activité, moyens humains et financiers, perspectives de développement en matière de santé environnementale) : des entretiens ont été réalisés avec une dizaine d'acteurs du domaine.
- synthèse, mise en perspective et rédaction de recommandations.

Le rapport faisant le bilan de ce projet sera publié au premier trimestre 2007.

Territoire concerné

Région Nord - Pas-de-Calais.

Partenaires

Travail réalisé pour le Conseil régional Nord – Pas-de-Calais.



A6- Etude de la répartition géographique des maladies inflammatoires chroniques de l'Intestin (MICI) dans les départements du Nord – Pas-de-Calais et de la Somme

Contexte

Les Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI), maladie de Crohn et rectocolite hémorragique, sont des maladies chroniques invalidantes qui touchent surtout l'adulte jeune et sont devenues ces 50 dernières années un des problèmes majeurs en gastroentérologie dans les pays occidentaux et un problème émergent dans les pays en voie de développement. Les études épidémiologiques mettent en évidence des variations importantes de l'incidence dans le temps, selon les pays et les modes de vie, ce qui suggère l'action de facteurs environnementaux.

Depuis 1988, le registre EPIMAD enregistre les cas de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin dans le Nord-ouest de la France (Nord, Pas-de-Calais, Somme et Seine-Maritime) (registre EPIMAD). L'équipe du registre EPIMAD a sollicité l'appui de l'ORS Nord - Pas-de-Calais afin d'analyser les variations spatiales de l'incidence de ces maladies.

Objectifs

Le projet vise à analyser les variations spatiales à l'échelle cantonale de l'incidence de la maladie de Crohn et de la rectocolite hémorragique dans les départements du Nord, du Pas-de-Calais et de la Somme pendant la période 1988-2003.

Population et méthodes

La réalisation du projet comporte 5 étapes :

1. Estimation de la population par sexe, par classe d'âge et par année pour l'ensemble des cantons à partir des données de l'INSEE.
2. Calcul du ratio standardisé d'incidence (SIR) par canton à partir des données du registre EPIMAD.
3. Cartographie et analyse spatiale exploratoire : hétérogénéité, auto-corrélation, tendance à l'agrégation spatiale.
4. Modélisation des variations spatiales de l'incidence à l'aide de modèles hiérarchiques bayésiens permettant de lisser le bruit aléatoire causé par l'instabilité des taux d'incidence dans les unités spatiales peu peuplées.
5. Analyse exploratoire par régression écologique à l'échelle cantonale des relations de l'incidence des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin avec les variables socio-démographiques et environnementales disponibles à l'échelle cantonale.

Résultats

L'année 2005 a été consacrée à la réalisation d'une étude exploratoire sur les données 1990-1999 des départements du Nord et du Pas-de-Calais. Les résultats de ce premier travail ont été présentés à Berlin en octobre 2006. L'extension à l'ensemble du domaine géographique et à la période 1990-2003 a nécessité l'acquisition de données socio-démographiques complémentaires et a été réalisée en 2006. L'analyse sur les 4 départements a confirmé l'existence de forts contrastes géographiques pour les 2 maladies étudiées, existence qui avait été observée dans l'étude préliminaire sur deux départements. L'analyse des relations avec des variables socio-démographiques et environnementales à l'échelle cantonale sera réalisée en 2007.

Partenaires

Registre EPIMAD (CHRU de Lille).



Publications

Declercq C, Baldé M, Vernier-Massouille G, Gower-Rousseau C, Poirier G, Cortot A, Colombel JF, Salomez JL. Mapping of Crohn's Disease and Ulcerative Colitis in the Nord-Pas-de-Calais region (France): spatial variations and association with affluence [Poster] 14th United European Gastroenterology Week, Berlin, 21-25 October 2006.



A7- Programme de surveillance des effets sur la santé liés à la pollution atmosphérique en milieu urbain : PSAS-9. Contribution de l'ORS Nord - Pas-de-Calais au pôle lillois

Contexte

L'Institut de Veille Sanitaire coordonne le programme PSAS-9, initié en 1997, relatif au développement d'activités de surveillance épidémiologique des effets sur la santé de la pollution atmosphérique. Le réseau PSAS-9 repose sur neuf pôles locaux, dont l'agglomération lilloise.

Le projet de pôle lillois s'inscrit, localement, dans les suites de réflexions animées par l'ORS Nord-Pas-de-Calais en 1996-1997, en collaboration avec le comité régional de l'APPA¹, la CIRE² Nord, le réseau de mesures local, la DRASS³, le CERESTE⁴, la DRIRE⁵ et l'ADEME⁶.

Dans ce contexte et par voie conventionnelle, il a été demandé à l'Observatoire Régional de la Santé Nord - Pas-de-Calais de faire bénéficier de son expertise dans le domaine et d'assurer un soutien technique à la CIRE Nord et à l'épidémiologiste chargé de la mise en œuvre du PSAS-9.

Objectifs

Les objectifs du programme PSAS-9 pour 2006 étaient de :

- **développer la surveillance épidémiologique de nouveaux indicateurs :**
 - morbidité hospitalière : nouveaux indicateurs, période d'étude plus longue,
 - consommation médicamenteuse : premières estimations,
 - nouveaux indicateurs d'exposition (PM10 et PM2,5),
 - faisabilité d'une étude sur les risques à long terme,
- **développer l'évaluation de l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique urbaine.**

Méthode utilisée

L'ORS a été chargé :

- du soutien méthodologique de l'épidémiologiste recruté par l'InVS et affecté à la CIRE Nord,
- d'une activité de conseil auprès du comité technique local mis en place pour coordonner cette activité de surveillance,
- de participer aux réunions de coordination du programme, à l'élaboration des protocoles et à la rédaction des publications issues du programme.

Territoire concerné

Lille Métropole Communauté Urbaine.

Principaux résultats

L'année 2006 a été consacrée à la publication des résultats de l'étude des relations entre pollution atmosphérique urbaine et admissions hospitalières pour motifs cardiovasculaire ou respiratoire, sous forme de rapport⁷, d'articles soumis à des revues internationales et de présentations orales ou sous forme de poster à des congrès internationaux.

Par ailleurs, en collaboration étroite avec l'épidémiologiste du pôle lillois, l'ORS a participé :

- à l'élaboration du protocole de l'étude de cohorte et à la définition des modalités de recueil des données de consommations de médicaments ;

¹ Association pour la Prévention de la Pollution Atmosphérique.

² Cellule Inter-Régionale d'Epidémiologie.

³ Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.

⁴ Centre d'Etudes et de REcherche en santé, Travail, Ergonomie.

⁵ Direction Régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement.

⁶ Agence De l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie.

⁷ <http://www.invs.sante.fr/publications/2006/psas/psas.pdf>



- à la réactualisation du guide d'évaluation de l'impact sanitaire de la pollution urbaine ;
- à la construction d'une base de données regroupant les indicateurs sanitaires et environnementaux recueillis dans les 8 villes ;
et, plus globalement, il a pu apporter son expertise dans le domaine étudié sous la forme d'un point de vue critique lors des différentes phases du projet.

Partenaires associés

Institut de Veille Sanitaire.
CIRE Nord.
ATMO Nord - Pas-de-Calais.

Publications

Lefranc A, Blanchard M, Borelli D, Chardon B, Declercq C, Fabre P, Jusot JF, Larrieu S, Le Tertre A, Pascal L, Prouvost H, Rivière S, Wagner V, Cassadou S, Eilstein D. *Programme de surveillance air et santé (PSAS). Relations à court terme entre les niveaux de pollution atmosphérique et les admissions à l'hôpital dans huit villes françaises*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2006.

Le Tertre A, Lefranc A, Eilstein D, Declercq C, Medina S, Blanchard M, Chardon B, Fabre P, Filleul L, Jusot JF, Pascal L, Prouvost H, Cassadou S, Ledrans M. Impact of the 2003 heatwave on all-cause mortality in 9 French cities. *Epidemiology* 2006; 17: 75-9.

Filleul L, Zeghnoun A, Cassadou S, Declercq C, Eilstein D, le Tertre A, Medina S, Pascal L, Prouvost H, Saviuc P, Quenel P. Influence of set-up conditions of exposure indicators on the estimate of short-term associations between urban pollution and mortality. *Sci Total Environ* 2006; 355: 90-7.

Filleul L, Cassadou S, Medina S, Fabre P, Lefranc A, Eilstein D, Le Tertre A, Pascal L, Chardon B, Blanchard M, Declercq C, Jusot JF, Prouvost H, Ledrans M. The relation between temperature, ozone, and mortality in nine French cities during the heat wave of 2003. *Environ Health Perspect* 2006; 114: 1344-7.

Jusot JF, Lefranc A, Cassadou S, D'Helf-Blanchard M, Eilstein D, Chardon B, Filleul L, Pascal L, Fabre P, Declercq C, Prouvost H, Le Tertre A, Medina S. Estimation de la mortalité attribuable aux particules (PM10) dans les 9 villes françaises participant au programme européen Apehis. *Santé Publique* 2006; 18: 71-84.

Larrieu S, Lefranc A, Medina S, Jusot JF, Chardon B, Riviere S, Prouvost H, Pascal L, Le Tertre A, Fabre P, Declercq C, Borelli D, Blanchard M, Cassadou S, Eilstein D. Health impact assessment of long-term exposure to particulate air pollution; sensitivity of results to the correction of PM₁₀ levels measured with TEOM [Poster]. International Conference on Environmental Epidemiology and Exposure, ISEE/ISEA, Paris, 2-6 September 2006.

Declercq C, Lefranc A, Pascal L, Prouvost H, Larrieu S, Fabre P, Le Tertre A, Jusot JF, Blanchard M, Borelli D, Chardon B, Rivière S, Cassadou S, Eilstein D. Air pollution and hospitalizations for heart diseases in eight French cities. [Poster]. International Conference on Environmental Epidemiology and Exposure, ISEE/ISEA, Paris, 2-6 September 2006.

Pascal L, Lefranc A, Blanchard M, Fabre P, Chardon B, Jusot J-F, Riviere S, Larrieu S, Declercq C, Prouvost H, Le Tertre A, Cassadou S, Eilstein D. Links between particulate air pollution levels and hospital admissions in eight French cities [Communication orale]. 15ème conférence régionale de l'UIAPPA, Lille, 5-8 septembre 2006.

Larrieu S, Rivière S, Lefranc A, Chardon B, Declercq C, Le Tertre A, Borrelli D, Blanchard M, Fabre P, Jusot J-F, Medina S, Pascal L, Prouvost H, Cassadou S, Eilstein D. Association entre pollution atmosphérique urbaine et hospitalisations pour pathologies cardiovasculaires et respiratoires : résultats et applications du programme Psas-9 [Communication orale]. Congrès d'épidémiologie de l'Adelf Epiter, Dijon, 30 août - 1er septembre 2006.



A8- Etude Primequal : « Pour une cohérence territoriale de la gestion de la qualité de l'air dans la région Nord – Pas de Calais »

Contexte

La pollution atmosphérique est un enjeu fort pour le développement de la région Nord - Pas de Calais qui, conformément à sa mutation industrielle et à sa « tertiarisation », doit « casser » son image « d'enfer du Nord ». En outre, dans la région, comparés à la moyenne nationale, les indicateurs sanitaires sont plus négatifs et inquiétants. Même si la pollution atmosphérique n'est pas la seule responsable, les populations ont été fortement exposées à des pollutions industrielles actuellement plus ou moins maîtrisées. Ainsi la région Nord - Pas de Calais a fait de la reconquête environnementale un pilier de son développement alors même que la tradition industrielle est encore vive.

Comme partout ailleurs, la pollution atmosphérique est une problématique en transition voire même en mutation entre une image historique liée à l'industrie et une demande sociale qui s'inscrit davantage dans un contexte urbain puisque la région Nord - Pas de Calais est la région de France qui présente la plus forte densité (plus de 400 habitants par Km²) et le plus grand nombre de citadins (en dehors de l'Île de France).

Les attentes sont donc très fortes dans la région sur les pollutions et leur prévention. Les exercices de planification initiés par la LAURE¹ ont bien traduit la transition du domaine de la pollution atmosphérique qui quittait le champ dominé par la pollution industrielle pour investir un domaine beaucoup plus large allant du local au global et interrogeant pratiquement l'ensemble des thèmes abordés au cours de la vie quotidienne. La prévention de la pollution investit le champ de la connaissance mais aussi ceux, aussi divers, que l'agriculture, les transports, l'urbanisme, l'habitat etc.

Cette même loi, à travers une nouvelle démarche d'élaboration des politiques publiques, ne se contente plus d'édicter des règles imposées par le pouvoir central mais incite les collectivités locales à se doter d'outils de planification permettant la prévention des pollutions. En effet, si la loi rappelle que l'air relève de la compétence de l'Etat, tous les outils de prévention se situent entre les mains des collectivités territoriales. Cette loi identifie essentiellement deux niveaux territoriaux particulièrement pertinents pour porter une démarche préventive efficace : les agglomérations (PPA² et PDU³) et les régions (PRQA⁴). Cette loi et la réflexion prospective qu'elle suppose, rentre donc en résonance avec le mouvement de décentralisation qui a été concrétisé, dans le domaine de la pollution atmosphérique, par le transfert de la responsabilité des PRQA des Préfets aux régions selon des modalités compliquées explicitées par le décret du 2 mars 2004.

Parallèlement à cet effort de planification imposé, les citoyens dans leur ensemble et les citoyens en particulier, ont montré tout l'intérêt qu'ils portaient à la qualité de l'air comme le prouve la plupart des enquêtes d'opinion effectuées (IFEN, CREDOC...). Une des interrogations concerne la part respective de la santé et/ou du changement climatique dans les mobilisations. En effet, il semblerait (sondage IPSOS août 2004) que la santé humaine et la santé de la planète soient de plus en plus liées, dans la perception du public, peut-être à travers l'émergence de la santé environnementale.

On peut signaler, en outre, une forte mobilisation sur le plan sanitaire et un investissement institutionnel dans la région du Nord. Ils s'appuient sur une forte tradition en faveur de la santé publique et de la médecine communautaire. Cette spécificité régionale s'est manifestée par le sérieux et la persistance des travaux entrepris par la commission santé du PRQA tant dans l'air ambiant qu'à l'intérieur des locaux.

La pollution historique de la région a ainsi mobilisé de nombreux acteurs qui se sont retrouvés lors des exercices de planification imposés par la LAURE. Stimulés par les enjeux, un grand nombre de facteurs sont favorables à une organisation pertinente et efficace de la prise en charge de la pollu-

¹ LAURE, Loi sur l'Air et l'Utilisation Rationnelle de l'Energie de décembre 1996.

² Plan pour la Protection de l'Atmosphère.

³ Plan de Déplacement Urbain.

⁴ Plan Régional sur la Qualité de l'Air.



tion atmosphérique par les acteurs locaux. Cette région peut représenter un laboratoire permettant de s'interroger, grâce à la participation et à la motivation de l'ensemble des acteurs, sur l'organisation régionale féconde et efficace de l'ensemble des composantes de la qualité de l'air. L'appel d'offre Primequal 2 « *en soulignant les dommages causés par une fracture entre la connaissance et l'action* », encourage la mise en œuvre d'une recherche opérationnelle mobilisant l'ensemble des expériences et des savoirs d'un territoire sur le thème de la qualité de l'air.

Objectifs

Dresser un bilan sur le travail effectué pour en tirer quelques conclusions quant aux orientations ultérieures à prendre. Ces premiers éclairages pourront servir de base de discussion pour approfondir certains entretiens et animer les discussions qui auront lieu au sein des « focus group ».

Méthodes utilisées

Phase 1 : Bilan et diagnostic de la situation actuelle

La méthode d'évaluation consiste à partir des différentes démarches et études menées dans la région à réaliser :

- une *étude documentaire*, qui s'appuie en particulier sur l'examen des documents produits et le cas échéant des évaluations produites sur ces procédures. Cela permet de cerner les caractéristiques et thématiques abordées par les procédures dans leur contenu.
- des *entretiens semi-directifs auprès des acteurs locaux* ayant porté et/ou participé à l'élaboration de ces démarches.
- des *entretiens semi-directifs auprès des acteurs locaux* participant à la mise en œuvre de ces démarches.

Phase 2 : Une démarche participative par groupes de travail

En s'appuyant sur les résultats du bilan réalisé, cette phase a pour objectif de mieux cerner les attentes, les potentialités et les projets de différents types d'acteurs concernés, afin de dégager des pistes d'action. Cette démarche peut se dérouler en trois temps :

- investigations par différentes catégories d'acteurs concernés selon une grille thématique : les acteurs de la santé, les élus, les services de l'Etat, les chercheurs, les AASQA¹, les industriels composerait les groupes de travail.
- organiser des échanges entre différents acteurs selon la méthode des focus groupes de manière à respecter le caractère et la richesse de l'approche pluriculturelle de la qualité de l'air. La souplesse de ce dispositif permet de tenir compte de la diversité des points de vue des acteurs.
- cette phase pourrait déboucher sur l'organisation d'un forum porté par l'instance régionale, qui rendrait publics les principaux points du débat. Il permettrait à chacun des acteurs, y compris les habitants, de s'exprimer, de poser ainsi les enjeux. Ce forum serait en quelques sortes un moyen de réconcilier la représentation de la pollution avec la sphère technique de l'expertise et pourrait déboucher sur l'utilisation des connaissances pour des actions. En ce sens, il constituerait un outil de base pour la révision du PRQA.

Phase 3 : Une enquête d'opinion grand public

Une enquête par questionnaire auprès du grand public sera réalisée sur un échantillon de 500 personnes. Le questionnaire et le traitement de l'enquête seront élaborés avec la collaboration du Groupement de recherche en Psychologie environnementale de l'Université de Paris X–Nanterre.

La méthode d'échantillonnage et la passation des questionnaires seront réalisées par un institut de sondage (ATOO). Il s'agit d'une enquête dont les résultats seront représentatifs de l'opinion des habitants de la région âgés de 14 à 75 ans. Comme la plupart des enquêtes d'opinion menées auprès des populations locales, cette enquête sera réalisée par téléphone au domicile des foyers concernés.

La sélection des interviewés se fera alors selon la méthode des quotas afin d'assurer la représentation de toutes les catégories de population. Des variables de contrôle seront suivies tout au long de l'étude afin de garantir la représentativité de l'échantillon. Une stratification « habitat X département » ainsi que la prise en compte de données du type « ville très industrialisée », « ville soumise à fort trafic, rural... » sera menée pour assurer une bonne dispersion à l'échantillon.

¹ Association Agréée de Surveillance de la Qualité de l'Air.



Phase 4 : Synthèse et réalisation du rapport

Le comité régional Nord - Pas de Calais de l'APPA¹ réalisera également la synthèse, ainsi que la mise en perspective générale du travail par rapport aux enjeux de la gouvernance.

Territoire concerné

La région Nord – Pas-de-Calais

Principaux résultats

Premiers éléments d'analyse

Les résultats présentés ne sont que très partiels.

- La qualité de l'air, avec une approche très technique, est aujourd'hui fortement institutionnalisée et sa gestion est assurée par un cercle d'initiés parlant un langage très ésotérique qui ne reflète pas du tout les interrogations et inquiétudes que les habitants peuvent formuler sur cette question.
- Les tentatives de gouvernance restent teintées d'une certaine rigidité institutionnelle.
- La prise en compte de la qualité de l'air dans les politiques locales, par l'intermédiaire des transports, de l'urbanisme ou du logement, en est à ses débuts et ne constitue pour le moment qu'une avancée fragile, même si l'on note une évolution très nette en ce sens. C'est donc la crainte de perdre ce faible acquis qui explique la réticence des administrateurs des AASQA à construire des réseaux de mesure régionaux en effaçant toute présence locale. En effet, la lisibilité de la politique de la qualité de l'air est assurée essentiellement par la surveillance qui, à travers les outils de communication qu'elle produit, parvient à construire la politique dont elle est censée expertiser les résultats.
- Les structures actuelles de la surveillance doivent évoluer en profondeur pour laisser la place à une véritable gouvernance de la qualité de l'air au sein de laquelle les ressources techniques des AASQA seraient mises au service de politiques construites par les élus en accord avec les aspirations des populations des territoires concernés. L'évolution de la surveillance ne dépend pas de restructurations territoriales mais plutôt d'une évolution vers une meilleure intégration des politiques, à l'image des orientations esquissées par la directive cadre sur l'eau.
- La dynamique suscitée par le PRQA s'est essouffée car les acteurs n'ayant plus l'occasion de se retrouver autour d'une même table, ont continué à vivre cette dynamique dans le cadre propre de leur institution.

Plusieurs raisons expliquent comment la vie du PRQA s'est déroulée en dehors du cadre des groupes de suivi :

- l'absence de financements spécifiques a renvoyé la réalisation des orientations vers les organismes compétents.
- la réalisation des objectifs du PRQA a donc été dépendante du programme de travail de différents organismes concernés par la gestion de la qualité de l'air.
- d'autres raisons comme la démobilisation des acteurs expliquent que cet effort de gouvernance partagée n'a pas pu franchir l'épreuve du gouvernement.
- la sectorisation institutionnelle a repris son cours au lendemain de ces efforts de gouvernance régionale, à un moment où, dans les différents domaines, la pollution atmosphérique n'était pas nécessairement une priorité. C'est en ce sens qu'il est possible de constater que la délégation régionale de l'ADEME a joué un rôle important dans la mise en œuvre des différentes orientations. C'est également cet organisme qui a, de manière visible, pris en charge la pollution atmosphérique dans toutes ses échelles.
- en 1996, l'ADEME insistait sur la nécessité de ne pas tronquer la dénomination de la LAURE en l'intitulant « loi sur l'air » en omettant le volet énergétique du titre. L'histoire a donné raison à cette insistance puisque l'importance des préoccupations énergétiques, en lien avec la crise climatique, s'est imposée pour occuper presque le devant de la scène. L'enjeu actuel consiste donc à ne pas reproduire les erreurs effectuées au moment des chocs pétroliers lorsque les économies d'énergie se sont effectuées au détriment de la qualité de l'air à l'intérieur des locaux.

¹ Association pour la Prévention de la Pollution Atmosphérique.



- le transfert du PROA vers la région est encore en question. L'exécutif régional montre certaines réticences avant de se saisir du PROA. Ces hésitations qu'il conviendra d'analyser plus en détail procèdent des leçons passées. En effet, il est clair que sans un financement spécifique, la lisibilité de la politique de la qualité de l'air est défaillante et renforce la faible appropriation de la question par les élus.
- en dix ans, le changement d'attitude vis-à-vis de la qualité de l'air est profond et a atteint l'ensemble de la population, peut-être plus profondément que les élus. L'exploitation du questionnaire nous confirmera cette hypothèse.
- les PDU et, en particulier le PDU de Lille, ont permis d'assister à une mutation culturelle qui permet véritablement d'envisager un changement dans les comportements.
- les micros PDU ont pourtant, au cas par cas, amélioré l'offre de transport pour l'adapter au mieux à la demande. Néanmoins, il semble difficile d'infléchir des tendances lourdes comme l'étalement urbain, l'absence du métro dans certains secteurs très fréquentés, l'offre de parkings urbains... Cependant, la collectivité a pris la mesure des enjeux et ne veut pas recommencer les maladresses liées au projet du contournement sud.
- la gestion de la qualité de l'air, comme le suggère la LAURE, se partage entre la région et les agglomérations même si on voit s'esquisser une certaine cohérence dans la répartition des tâches.
- l'examen de la régionalisation des AASQA permet de souligner quels sont les éléments de cette cohérence et, en même temps, quelles en sont les difficultés.
- pourtant, comme le soulignait le responsable de la surveillance au sein de la DRIRE¹, les progrès sont énormes : *« Il y a cinq ans, des situations de risque d'alerte étaient signalées à Douai et ignorées dans le reste de la région. Les AASQA vivaient une séparation « corps et âmes » de leurs analyseurs »*.
- il semblerait que le dynamisme foisonnant des actions entreprises en faveur d'une vision intégrée de la qualité de l'air se soit effectué sans lisibilité. L'affichage de la pollution atmosphérique a été capté par les AASQA sur un registre très technique.
- l'intégration de la qualité de l'air dans la dynamique de la santé environnementale reste encore un point à préciser dans la mesure où la nouvelle loi de santé publique a plutôt freiné, dans la région, le dynamisme existant en la matière.
- néanmoins, on sent une motivation des acteurs qui va souvent au delà des actions institutionnelles.

Partenaires associés

APPA Nord – Pas-de-Calais.
Comité scientifique de PRIMEQUAL.
Université Paris X.
Université de Lille 1.

¹ Direction Régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement.



A9- Évaluation de la campagne 2005-2006 du programme de dépistage du saturnisme infantile dans 9 communes du Nord et du Pas-de-Calais

Contexte

Les DDASS¹ du Nord et du Pas-de-Calais organisent en 2005-2006, en collaboration avec le Comité d'Hygiène Sociale du Pas-de-Calais, les services de PMI des conseils généraux du Nord et du Pas-de-Calais, les services de promotion de la santé en faveur des élèves des Inspections Académiques de Lille et d'Arras, le laboratoire de biochimie du CHR de Lille, l'ORS Nord - Pas-de-Calais et les communes concernées (Auby, Courcelles-les-Lens, Dourges, Evin-Malmaison, Flers-en-Escrebieux, Leforest, Noyelles-Godault, Ostricourt et Roost-Warendin), un programme de prévention du saturnisme infantile dans neuf communes situées dans l'environnement de deux fonderies de métaux non-ferreux, le site METALEUROP de Noyelles-Godault, dont l'activité a été interrompue en début 2003 et le site UMICORE d'Auby. Ce programme comporte en particulier une campagne active de dépistage du saturnisme chez les enfants inscrits pour la première fois à l'école maternelle dans les 3 communes de Courcelles-les-Lens, Evin-Malmaison et Noyelles-Godault. Elles ont chargé l'ORS de participer à l'élaboration du protocole de cette campagne, d'en organiser le suivi et d'en réaliser le bilan.

Objectifs

- Proposer un dosage de la plombémie à 100 % des enfants inscrits à l'école maternelle dans les communes de Courcelles-les-Lens, Evin-Malmaison et Noyelles-Godault et assurer la réalisation de la plombémie pour au moins 80 % des enfants.
- Informer et sensibiliser la population, les élus et les professionnels de la santé sur les risques pour la santé liés à l'exposition au plomb du jeune enfant et sur la prévention, le dépistage et la prise en charge du saturnisme infantile dans les neuf communes du programme.
- Proposer systématiquement un contrôle de la plombémie pour tous les enfants dont la plombémie aurait été supérieure ou égale à 100 µg/L et qui n'auraient pas déjà bénéficié d'un contrôle.

Méthode utilisée

- Participation à l'élaboration du protocole de la campagne.
- Elaboration des outils de suivi et d'évaluation.
- Analyse statistique des données recueillies.

Principaux résultats

En ce qui concerne la campagne active de dépistage dans les trois communes les plus proches de l'ancien site METALEUROP, 199 enfants sur les 240 visés (82,9 %) ont pu bénéficier d'une plombémie. Un seul de ces enfants (0,5 %) avait une plombémie supérieure ou égale à 100 µg/L.

En ce qui concerne le suivi des 133 enfants dépistés avec une plombémie supérieure ou égale à 100 µg/L au cours des campagnes antérieures, le suivi a pu être réalisé pour 105 (78,9 %) d'entre eux. Parmi ces 105 enfants, neuf (8,6 %) avaient encore une plombémie supérieure ou égale à 100 µg/L.

Territoires concernés

Neuf communes du Nord et du Pas-de-Calais (Auby, Courcelles-les-Lens, Dourges, Evin-Malmaison, Flers-en-Escrebieux, Leforest, Noyelles-Godault, Ostricourt et Roost-Warendin).

¹ Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales.



Partenaires associés

Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales du Nord et du Pas-de-Calais.

Comité d'hygiène sociale du Pas-de-Calais.

Laboratoire de biochimie du CHR de Lille.

Institut de Santé au Travail du Nord de la France

Services de PMI des conseils généraux du Nord et du Pas-de-Calais.

Services de Promotion de la santé en faveur des élèves des Inspections académiques de Lille et d'Arras.

Programme Régional d'Action en Santé-Environnement.

Publications

Declercq C, Prouvost H, Ladrière L, Brigaud T, Labat L, Haguenoer JM. Children's blood lead levels around a primary lead smelter in northern France [Poster]. International Conference on Environmental Epidemiology and Exposure, ISEE/ISEA, Paris, 2-6 Septembre 2006.



A10- Exposition des jeunes enfants aux métaux lourds en milieu scolaire situé dans un environnement pollué : contamination des mains par les poussières

Contexte

Les campagnes de dépistage du saturnisme infantile organisées par la DDASS du Pas-de-Calais autour du site METALEUROP de Noyelles-Godault, avant l'interruption de ses activités, ont montré que la prévalence du saturnisme infantile était en moyenne de 13 % pour les enfants inscrits pour la première fois à l'école maternelle dans cinq communes du Pas-de-Calais.

Des travaux récents (ISA) ont mis en évidence l'existence en surface des aires de jeux (pelouse, cours de récréation) d'une quantité non négligeable de métaux issus des retombées atmosphériques potentiellement transférables aux enfants. Dans l'imprégnation des jeunes enfants, la voie d'exposition main-bouche joue un rôle important et n'a pas fait l'objet d'études approfondies sur le secteur concerné.

Objectifs

Le projet vise, dans un environnement contaminé, à évaluer l'exposition du jeune enfant aux métaux lourds en milieu scolaire, à déterminer le rôle de la contamination des mains par les poussières.

Méthode utilisée

- Caractériser la contamination en plomb et cadmium des différents compartiments de l'environnement (poussières intérieures et extérieures, pelouses, sols, revêtements) des écoles concernées,
- mesurer les quantités de métaux présentes sur les mains d'enfants scolarisés dans ces écoles,
- comparer la contamination des mains des enfants selon des activités pratiquées sur une cour ou sur une pelouse,
- déterminer l'influence des environnements extérieurs et intérieurs sur les teneurs en métaux des poussières présentes sur les mains des enfants,
- déterminer l'influence des environnements extérieurs (sols, herbes, poussières) sur les teneurs en métaux des poussières présentes dans les classes,
- évaluer cette contamination par deux méthodes de prélèvements de plomb et de cadmium présents sur les mains des enfants : l'une consistant en l'essuyage des mains en utilisant une lingette humide, l'autre reposant sur un lavage à l'eau et un brossage des ongles. Cette dernière technique, bien que plus complexe à mettre en œuvre, présente l'avantage d'être plus représentative du risque de l'exposition du fait d'une plus grande efficacité dans la collecte des poussières.

Territoire concerné

Secteur situé autour des usines métallurgiques de Noyelles-Godault et d'Auby et une école témoin.

Principaux résultats

Les résultats de l'étude pilote réalisée en 2004 ont mis en évidence des concentrations en plomb et cadmium dans les poussières intérieures plus faibles que sur le macadam de la cour mais plus importantes que les concentrations mesurées dans le sol et la pelouse de la cour de récréation. Cette tendance est aussi observée pour les quantités de plomb et de cadmium mesurées sur les mains des enfants. Celles-ci sont plus importantes après une activité extérieure sur macadam (et sur pelouse pour le plomb) qu'après une activité à l'intérieur. Nous n'avons pas observé de différence entre les deux méthodes de prélèvement sur les mains (eau ou lingettes).



Sur la base des enseignements de l'étude pilote, une étude élargie a été réalisée en 2005 dans les écoles maternelles d'Evin-Malmaison, Auby et Courcelles-les-Lens ainsi que dans une école témoin à Ronchin. L'année 2006 a été consacrée à l'analyse statistique des données de cette étude.

Partenaires associés

Partenaires techniques : Laboratoire universitaire de Médecine du travail de la Faculté de Médecine de Lille, Laboratoire Sols et environnement de l'Institut Supérieur d'Agriculture de Lille, Institut de Santé au Travail du Nord de la France.

Partenaire financier : GIP CERESTE.

Publications

Mazucca M, Pruvot C, Prouvost H, Douay F, Declercq C, Auque G. Preliminary results: exposure of young children to heavy metals in school located in polluted environments: contamination of children's hands with dust [Poster]. International Conference on Environmental Epidemiology and Exposure, ISEE/ISEA, Paris, 2-6 September 2006.

Mazucca M, Pruvot C, Howsam M, Douay F, Declercq C, Auque G, Prouvost H. Heavy Metal Exposure of schoolchildren: lead and cadmium contamination of their hands by dust [Communication orale] SETAC, La Haye, 7-11 mai 2006.

Pruvot C, Mazucca M, Declercq C, Waterlot C, Prouvost H, Douay F. Role of environmental parameters on the exposure of a human population living in a highly lead-contaminated area [Communication orale] Conference Metals in the Environment, Vilnius, 26-29 April 2006.



A11- Contamination par le plomb des sols et des poussières dans les lieux de vie de l'enfant autour d'un site industriel : caractérisation et analyse des relations avec la plombémie

Contexte

Depuis 1994, des campagnes de dépistage du saturnisme infantile ont montré que 10 à 15 % des enfants entrant à l'école maternelle avaient une plombémie supérieure à 100 µg/L de sang dans les cinq communes les plus proches du site METALEUROP. Les diagnostics environnementaux réalisés lors de ces campagnes ont montré la forte contamination par le plomb des poussières présentes sur les lieux de vie de l'enfant. Pour le jeune enfant, le sol et les poussières sont une source essentielle dans l'imprégnation par le plomb. Une analyse approfondie croisant les données sanitaires et environnementales existantes est une priorité pour une évaluation globale des risques qui conduira à une remédiation appropriée. Cette analyse doit prendre en compte les données acquises par différents organismes selon diverses techniques d'échantillonnage et d'analyse. Des investigations complémentaires sont nécessaires pour harmoniser et compléter ces données.

Objectifs

Le projet a pour but l'élaboration d'une méthodologie permettant de caractériser, dans un environnement contaminé, le degré de contamination par le plomb de différents lieux de vie fréquentés par les enfants et d'analyser les relations avec le risque de saturnisme.

Méthode utilisée

- Réalisation d'une analyse critique des données disponibles sur la contamination des sols et des poussières dans le secteur concerné.
- Evaluation de la faisabilité de différentes techniques d'échantillonnage des sols et des poussières (intérieures et extérieures) des lieux fréquentés par les jeunes enfants.
- Acquisition de données complémentaires en vue de préciser le degré de contamination des lieux de vie (domicile, école).
- Recherche des relations entre les teneurs en plomb dans les différents compartiments environnementaux, en s'intéressant plus particulièrement aux ratios poussières/sols.
- Mise en relation de l'ensemble des données environnementales avec la plombémie des enfants.

Territoire concerné

Secteur situé autour des usines métallurgiques de Noyelles-Godault et d'Auby et une école témoin.

Partenaires associés

Partenaires techniques : Laboratoire universitaire de Médecine du travail de la Faculté de Médecine de Lille, Laboratoire Sols et environnement de l'Institut Supérieur d'Agriculture de Lille, Institut de Santé au Travail du Nord de la France.

Partenaire financier : GIP CERESTE.



Santé et territoires

- **B1**- Éléments de contexte et d'analyse des situations locales *P 55*
- **B2**- Variations de la mortalité :
Comparaison entre le Nord de la France et le Sud-est de l'Angleterre *P 57*



B1- Éléments de contexte et d'analyse des situations locales

Contexte

Le Conseil régional Nord – Pas-de-Calais a sollicité l'ORS Nord – Pas-de-Calais pour travailler sur plusieurs axes notamment celui intitulé « santé et territoire et démographie des professions de santé ».

Par rapport à cet axe, l'ORS a été chargé d'établir à partir de plusieurs sources de données, une fiche d'indicateurs par territoire (intercommunalités) synthétisant au mieux le contexte local.

Objectifs

Il s'agit de produire des outils d'analyse à l'échelle des Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) centrés sur les données socio-économiques et socio-démographiques, sur l'offre de soins (professionnels de santé, établissements et structure de santé), les besoins de santé et les effets sur l'emploi, les actions de préventions financées dans le cadre des Programmes Territoriaux de Santé.

Les indicateurs les plus pertinents sont résumés sous la forme d'une fiche de synthèse par territoire. Parallèlement plusieurs tableaux Excel donnent davantage d'indicateurs sur le contexte local (chaque ligne correspondant à un territoire, chaque colonne à un indicateur statistique).

Méthode utilisée

La fiche de synthèse par territoire doit en particulier reprendre les indicateurs les plus pertinents des axes d'analyse, se présenter sous la forme d'une page *recto verso* avec un ou plusieurs graphiques et un résumé (en bref).

Les indicateurs s'articulent autour de quatre axes :

- **Des données de cadrage**

- Démographique : densité, structure par âge (indice de vieillissement), accroissement (solde naturel et migratoire, Taux Bruts de Mortalité Féminine, Taux Bruts de Mortalité Masculine).

- Socio-économique : taux de chômage (Hommes, Femmes), taux d'activité (H, F), répartition par Profession et Catégorie Sociale, niveau d'étude, statut d'occupation et confort du logement (propriétaire/locataire, nombre de personnes par pièce).

- Précarité : pourcentage de ménages non imposables, minima sociaux (Allocation Parent Isolé, Allocation Adulte Handicapé, Revenu Minimum d'Insertion, pourcentage de population vivant dans des familles « fragiles »).

- **Des données sur l'offre et les besoins de soins**

- Les professions de la santé (pour 100 000 habitants) : généralistes, cardiologues, gynécologues, sages-femmes, pharmaciens, infirmiers, pédiatres...

- Temps moyen d'accès aux établissements et structure de santé pour l'urgence, l'obstétrique, la chimiothérapie, la cardiologie vasculaire.

- Indices Comparatifs de Mortalité : Tumeurs Malignes (poumon, sein, utérus, VADS¹, intestin, prostate), maladies (appareil circulatoire, respiratoire).

- **Des données sur le poids des emplois de la santé**

- **Des données sur la prévention : projets financés dans le cadre des Programmes Territoriaux de Santé**

¹ Voies AéroDigestives Supérieures.



Territoire concerné

Chaque fiche porte sur une intercommunalité (Communauté d'Agglomération, Communauté Urbaine, Communauté de Communes et Pays) et chaque indicateur est comparable aux résultats du Nord – Pas-de-Calais et de ses deux départements.

Principaux résultats

Courant décembre 2006 une fiche test a été proposée aux différents utilisateurs en priorisant la C. A. et le pays de Boulogne ainsi que le pays des Sept vallées. Mi janvier la fiche définitive sera finalisée.

Partenaires associés

Conseil régional du Nord – Pas-de-Calais.



B2- Variations de la mortalité : Comparaison entre le Nord de la France et le Sud-est de l'Angleterre

Contexte

Ce projet est cofinancé par Interreg IIIA, un programme de l'Union Européenne financé par le fonds européen pour le développement régional. Interreg IIIA est focalisé sur le Nord de la France et le Sud-est de l'Angleterre. Sont concernés par ce projet côté anglais, le Kent et le Medway, l'East Sussex et Brighton et Hove (KMESBH), et, côté français, le Nord - Pas-de-Calais (NPDC). Interreg IIIA a pour but de stimuler la coopération entre des régions séparées par une frontière. Son objectif est de développer la coopération transfrontalière entre les régions du Sud-est de l'Angleterre et le Nord de la France.

Objectifs

Le but du projet est d'analyser les données relatives à la santé et aux comportements s'y rapportant, pour les habitants du Sud-est de l'Angleterre et du Nord de la France, en insistant plus particulièrement sur les inégalités de santé et la cohésion sociale.

Dans cette optique, l'ORS Nord – Pas-de-Calais a été sollicité pour travailler sur la comparaison de la mortalité des deux côtés du Channel.

Ce travail a été organisé dans le cadre de workshops (atelier de travail) dont plusieurs, spécifiques à l'analyse de la mortalité, ont permis aux équipes françaises et anglaises de définir une méthodologie commune pour le choix des causes de décès et des indicateurs statistiques d'analyse de la variation temporelle et spatiale de la mortalité.

Territoire concerné

L'analyse de la variation temporelle de la mortalité a été faite à l'échelle nationale (Angleterre et France métropolitaine) et régionale (Nord – Pas-de-Calais, Kent & Medway, Brighton & Hove et Est-Sussex). L'analyse de la variation spatiale de la mortalité s'appuie sur le découpage cantonal en ce qui concerne la région du Nord – Pas-de-Calais (Nord de la France) et sur celui des Electoral Ward en ce qui concerne les régions du Sud-est de l'Angleterre (Kent, Medway, Brighton & Hove et Est-Sussex).

Méthode utilisée

Les données de mortalité utilisées pour l'analyse spatiale sont celles de la période 1996-2002. L'analyse de l'évolution temporelle de la mortalité a pu être réalisée sur une période d'un peu plus de 20 années en ce qui concerne la France métropolitaine et sa région Nord - Pas-de-Calais (de 1979 à 2001) et sur une période plus courte mais plus récente en ce qui concerne l'Angleterre et ses régions du Sud-est (1993-2004). La mortalité a été analysée chez les deux sexes et concerne la mortalité toutes causes confondues à tout âge et avant 65 ans, ainsi que la mortalité tout âge par cancer, par maladies de l'appareil circulatoire et respiratoire, par cardiopathies ischémiques et accidents vasculaires cérébraux.

CALCUL DES TAUX COMPARATIFS DE MORTALITE PAR STANDARDISATION DIRECTE

Ces taux ont été utilisés pour comparer entre 1993 et 2001 l'évolution annuelle de la mortalité entre l'Angleterre, la France métropolitaine, le Nord – Pas-de-Calais, le Kent & Medway, Brighton & Hove et l'Est-Sussex. La standardisation directe consiste à calculer les taux comparatifs de mortalité en utilisant la répartition par âge d'une population de référence. Les taux ainsi obtenus sont exprimés pour 100 000 habitants. Nous avons choisi comme population de référence la population-type européenne anciennement utilisée dans l'Annuaire des statistiques sanitaires mondiales publié par l'OMS. Pour que les données françaises restent cohérentes avec les données anglaises en ce qui concerne le calcul de l'âge, nous avons appliqué à la France sur la période 1979-1997, une



population de référence européenne modifiée tenant compte de la définition de l'âge en France différente de l'Angleterre pendant cette période

CALCUL DU SMR (STANDARDISATION INDIRECTE)

Le SMR (Standardised Mortality Ratio) est une mesure relative de la mortalité. Son calcul repose sur le principe de la standardisation indirecte sur l'âge. Le SMR est le rapport entre le nombre de décès observés O_i dans un canton i (ou un electoral ward) entre 1996 et 2002 et le nombre de décès attendus E_i sur la même période dans l'hypothèse où les taux de mortalité par âge seraient égaux à ceux d'une population de référence. Cette standardisation est par ailleurs interne. En effet, pour notre étude, les taux de mortalité de la population de référence sont ceux calculés à partir de l'ensemble de la population des 170 cantons et des 427 electoral Wards. Le SMR étant multiplié par 100, un SMR supérieur à 100 indique au sein d'un canton (ou un Electoral Ward) une surmortalité par rapport à la mortalité moyenne de l'ensemble de la zone d'étude. En revanche, un SMR inférieur à 100 indique une sous-mortalité.

Le SMR présente plusieurs inconvénients. Entre autre, sa variance est d'autant plus importante que le nombre de décès attendus dans un canton ou electoral ward est faible. Ainsi les résultats dans les territoires faiblement peuplés risquent d'être instables et se caractériser par des valeurs extrêmes. Par ailleurs, le calcul du SMR ne prend pas en compte les valeurs des cantons (ou electoral wards) voisins. Compte tenu de ces limites nous avons lissé les risques relatifs de mortalité par l'approche bayésienne empirique proposée par Marshall¹.

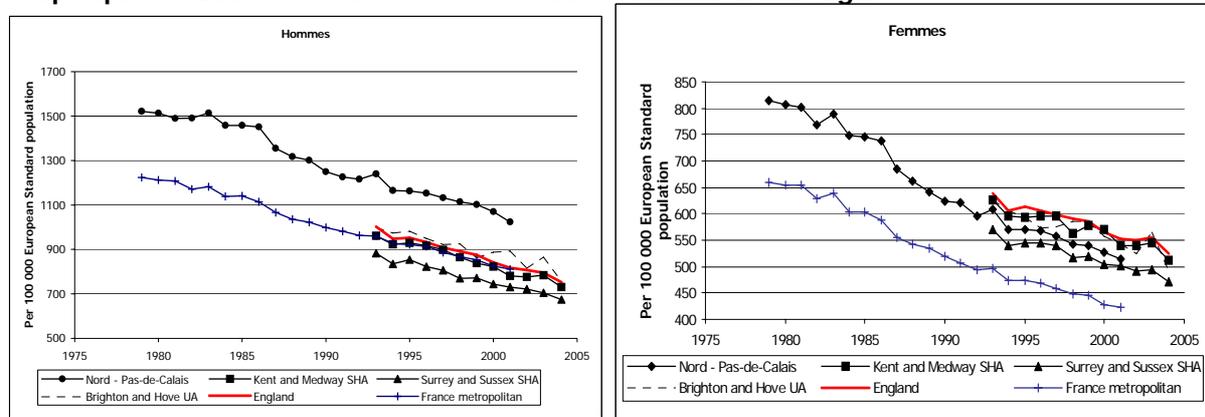
Principaux résultats

Les premiers résultats sur la variation temporelle et spatiale de la mortalité entre le Nord de la France et le Sud-est de l'Angleterre, ont été présentés à la conférence de Brighton le 18 mai 2006. Cette présentation portait sur la mortalité toutes causes chez les hommes et les femmes de tout âge et avant 65 ans (mortalité prématurée).

Il ressort principalement de cette présentation que :

- sur le plan national, les taux comparatifs de mortalité tout âge masculins diminuent parallèlement et demeurent proches entre les deux pays.
- la mortalité tout âge masculine est plus élevée dans le Nord – Pas-de-Calais que dans les territoires du sud-est de l'Angleterre.
- par rapport à la France, les femmes anglaises connaissent une très nette surmortalité tout âge.
- cette surmortalité féminine tout âge se retrouve au niveau de plusieurs Electoral Ward avec des taux plus élevés que dans les cantons du Nord – Pas-de-Calais.
- chez les hommes comme chez les femmes, la mortalité prématurée fait apparaître, par rapport aux Electoral Ward, une situation globalement moins bonne dans les cantons du Nord – Pas-de-Calais, en particulier dans des zones défavorisées comme l'ancien Bassin minier.

Graphique 1 : Evolution de la mortalité toutes causes à tout âge



Source : Interreg IIIA.

¹ Marshall R.J. Mapping Disease and Mortality Rates using Empirical Bayes Estimators. *Appl. Statist.* 1991 ; 40 : 283-94.

Partenaires associés

University of Kent Centre for Health Service Studies.
Institut Catholique de Lille – CRESGE¹.
University of Greenwich.
Kent County Council.

¹ Centre de Recherches Economiques, Sociologiques et de GEstion.



Autres thématiques

- **C1-** Etat de la participation de l'ORS à la réflexion sur les indicateurs du PRSP en lien avec les objectifs nationaux et régionaux *P 63*
- **C2-** Attractivité des professions de santé au sein des maisons de santé de proximité *P 65*
- **C3-** Sensibiliser les apprentis et les entreprises aux problématiques d'hygiène et de sécurité. Favoriser l'éducation à la santé *P 67*
- **C4-** FNORS – Cancer *P 69*
- **C5-** Accompagnement à l'évaluation du réseau Artois-Chrysalide *P 70*
- **C6-** La souffrance psychique chez les patients des Centres de soins Infirmiers Lille-Hellemmes *P 72*
- **C7-** Evaluation du réseau « Convergences » *P 74*
- **C8-** Prévention du tabagisme : « Etat des lieux dans les établissements publics du second degré : collèges, lycées et lycées professionnels du Nord – Pas-de-Calais » *P 76*
- **C9-** Prévention du tabagisme : « Etat des lieux dans les établissements privés du second degré : collèges, lycées et lycées professionnels du Nord – Pas-de-Calais » *P 78*
- **C10-** Evaluation du Programme : Une région sans tabac « les entreprises et les établissements scolaires se mobilisent dans le Nord – Pas-de-Calais » *P 80*
- **C11-** Recherche action pour une démarche interculturelle dans la prévention du VIH/sida *P 82*



C1- Etat de la participation de l'ORS à la réflexion sur les indicateurs du PRSP¹ en lien avec les objectifs nationaux et régionaux

Contexte

Dans le cadre des réalisations des objectifs nationaux de Santé publique le représentant de l'Etat arrête, après avis de la Conférence régionale de santé mentionnée à l'article L. 1411-12, un Plan Régional de Santé Publique. C'est donc dans le cadre de ce Plan Régional de Santé Publique que certains organismes tels que l'ORS, ont été invités à une réflexion permettant la détermination des indicateurs les plus pertinents pour la région, parmi les 100 objectifs nationaux de la Loi d'Orientation de Santé Publique.

Objectifs

- Faire l'état des lieux régional des 100 objectifs de la loi de santé publique du mois d'août 2004.
- Dans un second temps, en faire une comparaison avec les données nationales et en discuter les limites ainsi que la pertinence.

Méthode utilisée

Ces fiches ont été rédigées en tenant compte d'un modèle de structuration commune, fourni par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales du Nord – Pas-de-Calais.

Ce modèle est le suivant :

- numéro et titre de l'objectif.
- intitulé de l'objectif préalable.
- indicateurs proposés dans l'annexe de la loi.
- introduction (sur le problème de santé publique).
- répondre à la question : l'indicateur proposé est-il disponible dans la région ?

Si oui, préciser la source et la périodicité.

Si non, y a-t-il, dans la région, des indicateurs qui puissent être utilisés pour cerner le problème ?

Préciser la/les source(s) ainsi que la périodicité.

- synthèse des données régionales et comparaison avec les données nationales, sur plusieurs années si possible.

- discussion : limite(s) des indicateurs disponibles. Choix des plus pertinents.

- préconisations, notamment indicateur(s) complémentaire(s) éventuel(s).

Territoire concerné

Territoire régional, départements du Nord et du Pas-de-Calais.

Principaux résultats

Les fiches étant la propriété de l'Etat, nous ne parlerons que du travail réalisé.

L'ORS Nord – Pas-de-Calais a réalisé 11 fiches pour les 7 objectifs dont l'analyse lui a été confiée par le groupe de travail du PRSP.

Objectif n°33 : Réduire les obstacles à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU.

Objectif n°34 : Réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires : l'écart d'espérance de vie à 35 ans est actuellement de 9 ans.

¹ Plan Régional de Santé Publique.



Objectif n° 35 : Réduire les restrictions d'activité induites par des limitations fonctionnelles (3,6 % des personnes âgées de 5 ans et plus en population générale selon l'enquête HID¹, personnes ayant répondu au module de l'indicateur de Kartz).

Objectif n° 42 : Maladies à prévention relevant de recommandations de vaccination en population générale : atteindre ou maintenir (selon les maladies) un taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés en 2008 (aujourd'hui de 83 à 98 %).

La réalisation de cet objectif s'est faite au moyen de 5 fiches :

- couverture vaccinale des enfants de la naissance à 24 mois (Données PMI et enquête santé INSEE 2003). Les maladies concernées sont : la coqueluche, l'hémophilus-influenzæ b, l'hépatite B et le ROR (Rougeole, oreillons et rubéole).
- couverture vaccinale des enfants de plus de 5-6 ans concernant les vaccins tels que le BCG et le ROR.
- couverture vaccinale des adolescents pour les vaccins tels que : « Vaccination DTP des élèves de troisième à jour (6 doses) », « Vaccination coqueluche des élèves de troisième à jour (5 doses) », « Vaccination ROR des élèves de troisième », « Vaccination hépatite B complète des élèves de troisième ».
- couverture vaccinale des adultes : « Rappel tétanos au cours des dix dernières années », « Rappel poliomyélite au cours des dix dernières années », « Couverture vaccinale (polio et tétanos) des adultes examinés en consultation de prévention ».
- indicateurs Complémentaires concernant la vente des vaccins. Les données doivent être fournies par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie début janvier 2006.

Objectif n° 93 : Traumatismes non intentionnels dans l'enfance : réduire de 50 % la mortalité par accidents de la vie courante des enfants de moins de 14 ans d'ici 2008.

Objectif n° 94 : Traumatismes liés à la violence routière : réduire fortement et en tendance régulière et permanente le nombre de décès et de séquelles lourdes secondaires à un traumatisme par accident...

Objectif n° 95 : Traumatismes intentionnels dans l'enfance : définition d'actions de santé publique efficaces.

Partenaires associés

Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales du Nord – Pas-de-Calais.

Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales du Nord et du Pas-de-Calais.

Assurance Maladie.

¹ Handicaps, Incapacités, Dépendances.



C2- Attractivité des professions de santé au sein des maisons de santé de proximité

Contexte

Dans le cadre du programme de travail 2006 pour l'ORS, le Conseil régional a défini un axe « Santé et territoires et démographie des professions de santé ». Dans ce cadre il est demandé à l'ORS une analyse des facteurs d'attractivité pour diverses professions médicales, paramédicales et acteurs de promotion de la santé pour une pratique professionnelle en maison de santé par rapport aux autres types d'exercice (en libéral, activité mixte, salarié). Des enquêtes qualitatives préciseront les motivations principales des professionnels de santé et de prévention qui décident de s'installer en « maison de santé » (maison de santé, maisons de santé pluridisciplinaires).

Objectifs

Apporter des éléments de contexte et des éléments d'information au Conseil régional Nord – Pas-de-Calais.

Méthode utilisée

La méthodologie comprend trois axes essentiels :

- Constitution d'une bibliographie assez vaste à la fois sur l'évolution de la pratique de santé en France, en Europe et au niveau international.
- Recherche d'études, d'expertises et de bilans existant dans d'autres pays. Entretiens et rencontres physiques, quand cela est possible, ou contacts téléphoniques.
- Entretiens semi-directifs avec un ensemble d'acteurs du champ social, de l'éducation à la santé, des professionnels médicaux et paramédicaux.

Sera rédigé un rapport de synthèse, avec commentaires et recommandations tant au niveau des conditions de l'attractivité pour les professions de santé et acteurs de prévention, que sur l'organisation possible de ces maisons de santé.

Au niveau des propositions et recommandations seront présentées distinctement les propositions relevant des compétences du Conseil régional et les propositions d'ordre multi-partenarial mettant en jeu les partenaires institutionnels.

Territoire concerné

La région Nord – Pas-de-Calais.

Principaux résultats

Les vecteurs d'attraction ou favorisant la présence des professionnels de santé au sein des maisons de santé sont :

- l'enjeu de la baisse de la démographie médicale, et notamment la continuité des soins après un départ en retraite pour les professions de santé.
- la prise en compte de l'aspect prévention.
- l'exercice regroupé de la médecine.
- le travail d'équipe pluridisciplinaire.
- le croisement du champ social et médical.
- la continuité du soin dans un même lieu.
- prendre le temps d'un travail différent.
- la délégation des charges administratives.



Pour les professionnels paramédicaux ce sont :

- la possibilité d'exercer leur travail jusqu'au bout et en amont par la prévention.
- le travail d'équipe.
- la transversalité.
- travailler plus finement leur spécialité.

Les acteurs de prévention sont prêts à « ouvrir » leurs structures aux professionnels de santé ou assumer des actions de promotion de santé dans un lieu de soins.

Les freins consistent en :

- une non adhésion des libéraux à ce type de projet par une mauvaise communication et/ou implication au projet préalable.
- un type de rémunération non adapté.
- une difficulté d'adaptation à un travail d'équipe transversal.

Partenaires associés

REseau des Actions Locales de Santé Nord – Pas-de-Calais (REALS).



C3- Sensibiliser les apprentis et les entreprises aux problématiques d'hygiène et de sécurité. Favoriser l'éducation à la santé

Contexte

Le Conseil régional Nord – Pas-de-Calais, Direction des formations initiales et Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) Nord – Pas-de-Calais, ont saisi le GIE Groupement Régional de Promotion de la Santé (GRPS) afin qu'il puisse établir un programme d'activités sur les années 2006-2007-2008 en direction des apprentis. Il s'agit pour le GRPS de « sensibiliser les apprentis et les entreprises aux problématiques d'hygiène et de sécurité. Favoriser l'éducation à la santé ».

Le GRPS est constitué de 10 associations aux compétences diverses en matière de santé : santé au travail, éducation à la santé, prévention des conduites de consommations à risques, observation... Le projet d'action reprend chacune de ces compétences pour élaborer un programme cohérent.

Objectifs

- Elaborer en 2006 un programme de santé destiné aux apprentis des CFA¹ pour 2007-2008.
- Analyser les besoins et les attentes des partenaires encadrant le public des apprentis en matière de santé publique et de santé au travail.

Méthode utilisée

• Pilotage et suivi du projet

- Constituer un groupe de pilotage institutionnel GRPS, financeurs, acteurs concernés.
- Constituer un groupe de pilotage au sein du GRPS avec l'ensemble des associations. Le CRES², l'ISTNF³ et l'ORS se chargent du suivi technique du projet, de l'élaboration de la méthode, de l'écriture du projet et du recueil auprès de l'ensemble des associations du GRPS selon leurs disponibilités, compétences à mettre en commun et expériences de travail en lien avec les apprentis.
- Constitution au sein du GRPS de groupes d'experts :

Groupe de conduites de consommation à risques,

Groupe sécurité au travail,

Groupe vie affective-sexuelle-SIDA,

Groupe communication-valorisation.

Un représentant de chacun de ces groupes participe au groupe de pilotage GRPS afin de réaliser ensemble le pilotage de l'action, le prototype du projet sur les deux années à venir.

- Préparer un tableau de bord des activités développées par le groupe de suivi technique.

• Méthode et opérationnalité

Analyse documentaire

- Etablir une bibliographie sur le sujet et les expériences déjà existantes au sein du GRPS : le centre de documentation, l'ORS (via son centre de ressources), APPA⁴, ISTNF en liaison avec les ressources existantes au sein de notre région (notamment le Centre de Ressources Pédagogiques du Conseil régional...).

- Réaliser un éclairage concernant le suivi santé au travail des apprentis en région, notamment concernant l'organisation des services de santé au travail afin de modéliser les pratiques.

Analyse qualitative

- Réaliser des entretiens auprès des directeurs des 33 CFA. Ces entretiens peuvent être considérés comme des entretiens préalables afin de présenter le projet, de recueillir les premiers besoins et veiller à une méthode de passation des questionnaires auprès des apprentis.

¹ Centres de Formation des Apprentis.

² Comité Régional d'Education pour la Santé.

³ Institut de Santé au Travail du Nord de la France.

⁴ Association pour la Prévention de la Pollution Atmosphérique.



- Réaliser des entretiens auprès des services de santé au travail et des chambres consulaires pour connaître leur organisation et connaître les projets en cours et les méthodes de travail utilisées en direction des apprentis.

- Consultation des acteurs : préparer, organiser, réaliser et analyser des « Focus groupes ». Ceux-ci se feront en deux temps :

Focus groupe des acteurs : les jeunes (de 3 à 5 groupes), les formateurs (4 groupes), les animateurs territoriaux (1 groupe de 13), les coordinateurs CFA, les maîtres d'apprentissage (constitution d'un groupe d'environ 15 personnes).

Focus groupe thématiques : conduites de consommation à risques, santé au travail, vie affective-sexualité-SIDA.

Analyse en prévision de l'élaboration de l'enquête

- Réaliser un repérage des acteurs et des actions.

- Réaliser une étude de faisabilité d'une étude quantitative auprès du public apprenti.

- Préparer et réaliser la trame du questionnaire « jeunes » avec sa méthode de passation prévue début 2007.

Repérage et soutien d'actions expérimentales

A partir du repérage des acteurs et des actions, soutenir les démarches expérimentales entreprises par les services de santé au travail à destination d'une ou de plusieurs branches professionnelles repérées au préalable.

Territoire concerné

Le territoire du projet est l'ensemble de la région Nord – Pas-de-Calais, sachant que dans un premier temps, des actions expérimentales se font sur un territoire plus restreint. Les actions du programme peuvent se décliner en collant le plus possible aux territoires des apprentis. Les territoires couverts par les animateurs territoriaux de l'apprentissage basés sur les bassins d'emploi et la région proches de l'entreprise semblent être des approches pertinentes.

Principaux résultats

Les premiers résultats verront le jour en 2007. La commande pour 2006 était de définir un protocole de travail et un plan d'action opérationnel.

Partenaires associés

L'ensemble des associations du GIE GRPS.



C4- FNORS - Cancer

Contexte

L'INCA (Institut National du CAncer) a confié à la Fédération Nationale des ORS une étude sur les professionnels et les formations en cancérologie.

Les données nationales ont été recueillies par la FNORS. Des informations complémentaires au niveau régional sont nécessaires. Les ORS sont chargés de la récolte des informations en région.

Objectifs

Apporter des éléments d'information en région Nord - Pas-de-Calais sur les professionnels et les formations en cancérologie

Méthode utilisée

- Recherches bibliographiques.
- Recueil de données auprès des acteurs concernés : réseaux d'oncologie du Nord – Pas-de-Calais, DRASS¹, Opaline 62, ADCN², Ordre des médecins du Nord et du Pas-de-Calais.

Territoire concerné

La région Nord – Pas-de-Calais.

Principaux résultats

Les recherches effectuées portent sur :

- les structures départementales de dépistage du cancer du sein
la liste des radiologues agréés pour le dépistage.
- les réseaux de cancérologie
 - le nombre en région des réseaux en cancérologie qui sont opérationnels ou en cours d'installation,
 - rechercher auprès de ces réseaux le nombre de professionnels de santé adhérents par catégorie (médecin par spécialité, infirmiers, manipulateurs, psychologues...),
 - préciser le territoire couvert par le réseau.
- le SROS cancérologie
 - extraire des travaux préalables à l'élaboration des SROS de 3^{ème} génération, les données chiffrées en terme d'effectifs de personnel ou de formation dans le domaine de la cancérologie pouvant servir à l'étude INCA.
- le Programme régional cancer
 - extraire les éventuelles informations sur la démographie professionnelle et sur les formations.
- la formation :
 - actualiser la liste des DU (Diplômes Universitaires) et DIU (Diplômes Inter-Universitaires),
 - réaliser la liste des services accrédités pour le Diplôme d'Etudes Supérieures en Oncologie et le nombre d'internes affectés sur le semestre d'hiver 2005-2006 dans ces services.

Partenaires associés

Fédération Nationale des ORS.

¹ Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

² Association pour le Dépistage du Cancer dans le Département du Nord.



C5- Accompagnement à l'évaluation du réseau Artois-Chrysalide

Contexte

L'association Artois-Chrysalide est un réseau récent, créé en mars 2004. Il est issu d'un long travail de réflexion entre les acteurs locaux autour de la problématique de l'alcoolisation des femmes enceintes. La volonté est de mettre en commun connaissances et expériences autour du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF), sur le territoire des communautés d'agglomérations de Lens-Liévin et Hénin-Carvin.

L'association Artois-Chrysalide a déjà connu une évolution, passant du statut d'association en décembre 2003 à celui de réseau financé dans le cadre de la dotation DRDR (Dotation Régionale de Développement des Réseaux).

Le réseau Artois-Chrysalide a demandé à l'ORS Nord – Pas-de-Calais un accompagnement méthodologique à la mise en œuvre du réseau. Il s'agit là d'un accompagnement et non d'une évaluation externe relevant d'une autre méthodologie et d'un autre type de travail.

L'ORS observera et guidera le réseau dans son évolution sur trois années (2005-2006-2007).

Objectifs

Il s'agit pour l'ORS d'accompagner le réseau dans sa montée en charge avec pour objectifs de :

- mettre en place au fur et à mesure les process adéquats ;
- mettre en place dès à présent les outils d'évaluation en parallèle de la démarche du réseau ;
- travailler à la pérennité du réseau au-delà des trois années expérimentales.

Méthode utilisée

Il s'agit de suivre la mise en œuvre du réseau Artois-Chrysalide sur les trois premières années de fonctionnement. Les phases décrites ici se dérouleront à l'identique sur ces trois années :

Phase 1 : Recueil des informations nécessaires à une bonne connaissance du fonctionnement et des actions du réseau. Ce recueil de données se fera en quatre temps :

- transmission à l'ORS de tout document, projet, compte rendu de réunions, comités de pilotage...
- présence de l'ORS lors de quelques réunions internes et comités de pilotage du réseau ;
- entretiens avec les membres de l'équipe ;
- remplissage de tableaux de bord de recueil de données de l'activité de l'association par l'équipe.

Phase 2 : Analyse des documents, réunions et différents entretiens réalisés par l'ORS, en fonction des objectifs de l'accompagnement précités.

Phase 3 : Restitutions et propositions éventuelles au réseau.

Dans cette restitution figureront les points forts de l'année, les outils mis en place, les aléas (retards pris éventuellement ou difficultés rencontrées par le réseau) ainsi que les conseils d'orientation.

Territoire concerné

Les communautés d'agglomération de Lens-Liévin et Hénin-Carvin.

Principaux résultats

Après cinq années de gestation, le réseau voit le jour. Un des atouts d'Artois Chrysalide est bien ces cinq années de rencontres entre les partenaires ayant pris des habitudes de travail en commun et partageant la même volonté de voir ce réseau exister.



Depuis 2000, les professionnels se sont réunis régulièrement afin de définir à la fois le fond et la forme de leur partenariat : le fond, à travers des réunions d'information, d'échange et de partage des savoirs autour de la thématique du SAF (Syndrome d'Alcoolisation Fœtale) ; la forme, par la constitution d'une association : Artois Chrysalide qui gère le réseau éponyme. Cette association constitue une forme juridique qui a permis l'élaboration d'un cahier des charges et l'obtention de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (DRDR).

Au cours du premier trimestre 2005, le réseau prend place dans ses locaux et devient « visible » et identifiable avec un lieu d'accueil et une équipe spécifique. Une secrétaire, une sage-femme coordinatrice médicale et un coordinateur ont pu être embauchés afin de développer les actions de coordination des professionnels, de prise en charge et d'accompagnement des femmes enceintes en difficulté avec l'alcool. Pour le quatrième trimestre, une chargée de mission est embauchée, pour 2 mois et demi, poste tributaire de l'acceptation d'un financement DRDR

En 2006, le travail de l'ORS a été axé sur le suivi de l'action du réseau :

- des actions de formation des professionnels de santé et des acteurs de prévention,
- l'adhésion de femmes au réseau,
- travail sur le protocole de suivi des femmes enceintes adhérentes au réseau,
- travail de partenariat et de place du réseau,
- Dossier Médical Partagé,
- poursuite du travail en commission : éthique, communication, évaluation.

Partenaires associés

Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie.



C6- La souffrance psychique chez les patients des Centres de soins Infirmiers Lille-Hellemmes

Contexte

Alertée par l'URIOPSS (Union Régionale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux) sur la situation financière préoccupante des centres de santé (Lille-Hellemmes), la Direction Solidarité Santé de la Ville de Lille a instigué un travail partenarial sous forme d'un « diagnostic experts et réseaux de santé dans les quartiers ».

Ce diagnostic a abouti à la rédaction d'un rapport où apparaissent clairement les problématiques rencontrées par les centres de santé lillois et hellemmois.

Les problèmes de santé rencontrés quotidiennement par les acteurs des centres de santé sont multiples mais, pour 42 % des répondants à l'enquête, « la souffrance psychique » arrive en tête des réponses, devant « les troubles du sommeil », « d'hygiène corporelle », puis « d'isolement ».

Face à ce constat, la Direction Solidarité Santé de la Ville de Lille a demandé à l'Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais un document de synthèse sur la souffrance psychique des patients des centres de soins infirmiers.

Objectifs

- Approfondir la notion de souffrance psychique chez les patients des centres de soins de Lille-Hellemmes.
- Apporter des éléments de compréhension et d'analyse, afin d'améliorer la prise en charge de la souffrance psychique par les centres de soins infirmiers.

Méthode utilisée

- Recueil de données : tout document nécessaire à la compréhension du fonctionnement des centres de santé, de leurs partenariats.
- Réalisation d'entretiens semi-directifs auprès du personnel des centres de santé et de leurs principaux partenaires.
- Analyse et écriture d'un document de synthèse et de recommandations pour fin septembre 2006.

Territoire concerné

Lille-Hellemmes.

Principaux résultats

Ce travail a permis :

- de donner la perception de la souffrance psychique des équipes des CSI.
- de mettre en évidence que la plus grande souffrance psychique touche les personnes âgées et les femmes seules.
- de montrer que les personnes de plus de 60 ans de la région Nord – Pas-de-Calais se sentent globalement en moins bon état physique et psychique que dans le reste de la France (enquête santé-INSEE).
- d'identifier que les facteurs de dépression sont à la fois biologiques, psychologiques et psychosociaux.
- de souligner que ces causes « théoriques » sont largement présentes dans le quotidien des infirmières des CSI.



L'ORS a fait certaines recommandations afin d'améliorer le travail et la reconnaissance des CSI dans ce domaine, validées par le comité de pilotage :

- affirmer l'identité des centres de soins.
- réaffirmer le partenariat.
- soutenir les équipes soignantes.

Partenaires associés

Union Régionale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux.



C7- Evaluation du réseau « Convergences »

Contexte

Le réseau « Convergences » est né d'une prise de conscience et d'un souhait de prise en charge des personnes en situation de précarité, ayant besoin d'une évaluation ou d'un suivi psychiatrique repéré.

Le secteur psychiatrique de Bully-Liévin, montre des indicateurs socio-sanitaires défavorables et motive une approche croisée de prise en charge des personnes relevant à la fois du champ social (logement, ressources, emploi, lien social, droit de résidence, accès aux soins) et présentant un trouble mental avéré ou des critères de risques de développer un trouble mental.

Le réseau s'est constitué par étapes successives de juillet 2003 à septembre 2004, date de démarrage des actions de coordination et d'organisation d'un secrétariat. L'association « Le cheval Bleu » porteur du réseau existe depuis le 15 juin 2004.

L'ORS a été sollicité afin de réaliser l'évaluation externe du réseau.

Objectifs

- Evaluer les objectifs opérationnels des cinq axes tant au niveau quantitatif que qualitatif.
- Evaluer si l'organisation interne et externe de l'association est cohérente et pertinente avec son projet global.
- Evaluer si l'organisation permet la réalisation des objectifs et si elle est au service des patients.
- Evaluer le coût d'une telle prise en charge d'un patient.

Méthode utilisée

Il s'agit pour l'Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais de réaliser une évaluation formative concomitante, afin de suivre le réseau dans son niveau de maturité.

Phase 1 : Recueil des informations nécessaires à une bonne connaissance du fonctionnement et des actions du réseau.

Ce recueil de données se fera en quatre temps :

- transmission à l'ORS de tous documents, projets, compte rendus de réunions et de comités de pilotage etc.
- présence de l'ORS lors de plusieurs réunions internes et comités de pilotage du réseau,
- entretiens avec les membres de l'équipe,
- remplissage de tableaux de bord de recueil de données de l'activité de l'association par l'équipe.

Phase 2 : Entretiens semi-directifs des acteurs : les patients, les partenaires institutionnels et médico-sociaux et l'équipe du réseau.

Phase 3 : Analyse des documents, des réunions et différents entretiens par l'ORS et écriture du document final.

Phase 4 : Restitution et recommandations.

Dans cette restitution figureront les points forts de l'année, les outils mis en place, les aléas sous forme de retards pris éventuellement ou les difficultés rencontrées par le réseau ainsi que les conseils d'orientation pour l'année suivante.

Territoire concerné

Le territoire du réseau : le secteur psychiatrique de Bully-Liévin.



Principaux résultats

L'année 2006 a été axée sur :

- le fonctionnement du réseau.
- le recueil de données.
- la mise en place du tableau de bord des activités.
- la redéfinition des objectifs opérationnels.

Partenaires associés

Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie.



C8- Prévention du tabagisme : « Etat des lieux dans les établissements publics du second degré : collèges, lycées et lycées professionnels du Nord – Pas-de-Calais »

Contexte

Cette enquête a été réalisée dans le cadre de l'évaluation du programme : Une région sans tabac « les entreprises et les établissements scolaires se mobilisent... ».

Objectifs

Faire un état des lieux des besoins et des réalisations dans le domaine de la prévention du tabagisme dans les établissements scolaires publics du second degré.

Méthode utilisée

Il s'agit d'une enquête exhaustive, réalisée par l'intermédiaire d'un questionnaire auprès des équipes d'encadrement (direction et services infirmiers) de l'ensemble des établissements scolaires publics du second degré du Nord - Pas-de-Calais.

Les questionnaires ont été envoyés par le rectorat aux différents établissements scolaires, qui après remplissage les ont retournés directement à l'ORS Nord - Pas-de-Calais, soit au moyen d'Internet, soit par courrier postal.

Territoire concerné

L'ensemble du territoire régional (les 14 bassins d'éducation ou les 15 Programmes Territoriaux de Santé).

Principaux résultats

Description des établissements scolaires répondant de l'enquête

Pour cette enquête, 516 établissements publics du second degré (collèges, lycées et lycées professionnels) ont été sollicités par l'intermédiaire du rectorat de l'académie de Lille. Environ 62 % de ces établissements sont situés dans le département du Nord et 38 % dans celui du Pas-de-Calais.

Sur l'ensemble des établissements sollicités, 364 ont répondu à l'enquête soit environ 70,5 % des établissements scolaires du second degré de la région. Mais, seuls 359 (69,6 %) ont été retenus dans l'étude, les questionnaires des cinq autres établissements répondant nous ayant été retournés après la date de clôture de l'enquête (et donc de la saisie) et au début de l'analyse des questionnaires. Parmi les questionnaires pris en compte, on constate une fréquence de réponse plus élevée de la part des établissements du département du Pas-de-Calais que de ceux du Nord (72,7 % *versus* 67,6 %).

Initiatives développées dans les établissements pour la prévention du tabagisme

Sur le plan régional, on constate que 85,5 % des établissements scolaires répondant à l'enquête déclarent développer ou avoir développé des initiatives dans la prévention du tabagisme dans leurs établissements. Les établissements du Pas-de-Calais avec 88,2 % font mieux que l'ensemble des établissements de la région et du département du Nord (83,7 %).

Inscription des Initiatives de prévention dans un projet pluriannuel d'éducation à la santé

Pour 72,4 % des établissements répondant de la région, ces initiatives s'inscrivent dans un projet pluriannuel d'éducation à la santé. Les établissements scolaires du Pas-de-Calais avec 77,1 % sont, en moyenne, plus nombreux que ceux du Nord (59,3 %) à déclarer que les initiatives développées dans la prévention du tabagisme s'inscrivent dans un projet pluriannuel d'éducation à la santé.

La différence constatée entre les établissements scolaires des bassins d'éducation ou des PTS , concernant l'inscription des initiatives développées dans un projet pluriannuel, est statistiquement significative ($p=0,039$).

Réalisation des actions de prévention

- 70,5 % des établissements scolaires répondant de la région déclarent avoir diffusé de la documentation dans le cadre de l'information et de la sensibilisation. Avec 72,6 % des établissements scolaires du département déclarant avoir diffusé de la documentation dans le cadre de l'information et de la sensibilisation, le Nord fait mieux que la région et le département du Pas-de-Calais (67,4 %).
- 55,4 % des établissements scolaires répondant de la région déclarent avoir réalisé de l'affichage pour les adultes de leurs établissements.
- 87,7 % des établissements scolaires répondant de la région déclarent avoir réalisé de l'affichage pour les élèves.
- 80,8 % des établissements scolaires répondant de la région déclarent avoir réalisé des échanges débats, interventions.

Concernant l'application de la loi EVIN

- 66,3 % des établissements scolaires répondant de la région déclarent l'existence d'un affichage rappelant le principe de l'interdiction de fumer dans l'enceinte de l'établissement.
- Pour 90,5 % des établissements scolaires répondant de la région, le principe de l'interdiction de fumer dans l'enceinte de l'établissement est inscrit dans le règlement intérieur. La différence constatée entre les établissements des différents bassins concernant la déclaration de l'inscription, dans le règlement intérieur, de l'interdiction de fumer dans l'enceinte de leur établissement est très statistiquement significative ($p=0,002$).

Contexte de mise en place des actions de prévention dans les collèges et lycées publics de la région Nord - Pas-de-Calais

- 63,5 % des établissements scolaires répondant de la région déclarent que les actions de prévention qu'ils ont mises en place ont été soutenues par le Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté. La différence constatée entre les établissements des bassins d'éducation est statistiquement significative ($p=0,017$).
- Pour 45,7 % des établissements répondant ayant mis en place une action de prévention, un groupe de travail avait été créé.
- 57,4 % des établissements répondant du second degré dans la région (dont 58 % des collèges, 57 % des lycées et 57,8 % des lycées professionnels) se considèrent être des établissements non fumeurs au sens de la loi. La différence constatée entre les établissements des bassins d'éducation est statistiquement significative ($p=0,026$).

Partenaires associés

Comité Départemental d'Education pour la Santé du Pas-de-Calais (CDES 62).

Comité Régional d'Education pour la Santé (CRES).

Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DRTEFP).

Espace de Concertation et de Liaison Addictions Tabagisme (ECLAT).

Institut de Santé au Travail du Nord de la France (ISTNF).

Rectorat (service infirmier).



C9- Prévention du tabagisme : « Etat des lieux dans les établissements privés du second degré : collèges, lycées et lycées professionnels du Nord – Pas-de-Calais »

Contexte

Cette enquête a été réalisée dans le cadre de l'évaluation du programme : Une région sans tabac « les entreprises et les établissements scolaires se mobilisent... ».

Objectifs

Faire un état des lieux des besoins et des réalisations dans le domaine de la prévention du tabagisme dans les établissements scolaires publics du second degré.

Méthode utilisée

Il s'agit d'une enquête exhaustive, réalisée par l'intermédiaire d'un questionnaire auprès des équipes d'encadrement (direction et services infirmiers) de l'ensemble des établissements scolaires privés du second degré du Nord - Pas-de-Calais.

Les questionnaires ont été envoyés par le secrétaire général de l'enseignement catholique aux différents établissements scolaires, qui après remplissage les ont retournés directement à l'ORS Nord - Pas-de-Calais, soit au moyen d'Internet, soit par courrier postal.

Territoire concerné

L'ensemble du territoire régional (les 14 bassins d'éducation ou les 15 Programmes Territoriaux de Santé).

Principaux résultats

Description des établissements scolaires privés ayant participé à l'enquête

Pour cette enquête, 197 établissements privés du second degré (collèges, lycées et lycées professionnels) ont été sollicités, par l'intermédiaire du secrétaire général de l'enseignement catholique de Lille. Parmi ces établissements, 54 ont participé à cette étude soit environ 27 % (dont 26 % se situent dans le Pas-de-Calais contre 74 % dans le Nord). Deux bassins sur les quatorze concentrent plus de 40 % des établissements (Dunkerque Flandres (27,8 %) et Roubaix-Tourcoing dans le Nord).

Parmi ces établissements participant, on note 64,8 % de collèges, 20,4 % de lycées et 14,8 % de lycées professionnels.

L'effectif des élèves des établissements scolaires privés ayant participé à l'étude varie de 121 à 2 500 avec une moyenne de 755 alors que celui des enseignants se situe entre 14 et 410 avec comme moyenne 89.

Initiatives développées dans les établissements pour la prévention du tabagisme

Plus de 94 % des établissements ont développé des initiatives de prévention du tabagisme.

- 31,5 % ont fait au moins une des trois initiatives (affichage, exposition ou plaquettes),
- 33,3 % ont fait de l'information et/ou une conférence,
- 24,1 % ont opté pour les actions de sensibilisation et/ou des cours,
- 25,9 % ont utilisé l'intervention des personnes ressources et/ou des échanges débats.

C'est surtout dans les collèges (94,3 %) que les initiatives ont été développées.

Inscription des initiatives de prévention dans un projet pluriannuel d'éducation à la santé

51,9 % des établissements de l'étude ont inscrit des initiatives de prévention dans leur projet pluriannuel d'éducation à la santé. C'est dans le territoire de Flandre maritime (77,8 %) que les établissements ont le plus inscrit ce projet dans les initiatives de prévention.



Réalisation des actions de prévention

64,8 % des établissements ont diffusé de la documentation.

Parmi ceux-ci :

- 25,9 % ont diffusé des documents provenant de la Maison Régionale de Promotion de la Santé, des Caisses Primaires d'Assurance Maladie, de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, des conseils généraux, de la Fédération Française de Cardiologie, du Service de Prévention Santé ;
- 29,6 % des documents provenaient de l'infirmierie de l'établissement.

Ces documents sont dans 53,7 % des cas dirigés vers les élèves (élémentaire, collèges, lycée, adolescents).

48,1 % des établissements ont réalisé des affichages spécifiquement pour adultes et dans 83,3 % ils ont réalisé des affichages pour les élèves.

Pour 79,6 % des établissements, des échanges, débats et interventions sont réalisés. Parmi ceux-ci il a été question exclusivement de tabac en direction des élèves dans 31,5 % des cas ou des adultes dans 1,9 % cas.

Mais dans 64,8 % des cas, les échanges, débats ou interventions ont porté sur le thème des addictions (dont le tabac) en direction des élèves et dans seulement 14,8 % des cas en direction des adultes.

Accompagnement vers l'arrêt du tabac

Dans 13 % des cas ces demandes sont accompagnées par des personnes de l'établissement formées à l'accompagnement vers l'arrêt du tabac et dans 18,5 % par des personnes extérieures. Dans 20,4 % des cas ces demandes d'aide à l'arrêt du tabac sont orientées vers un relais extérieur dont : tabac info service (3,7 %), un réseau santé (médecin, institut, 7,4 %) ou d'autres relais (Service de Prévention Santé, Comité de Promotion pour la Santé, 7,4 %).

Application de la réglementation

Dans 66,7 % des cas, il existait un affichage rappelant le principe d'interdiction de fumer dans l'enceinte de l'établissement et ce principe est inscrit dans le règlement intérieur (87 %).

53,7 % des établissements avaient une « salle fumeurs » pour le personnel.

Contexte de mise en place des actions de prévention du tabagisme

Les actions de prévention du tabagisme ont été soutenues par le conseil d'établissement (64,8 %). De plus, un groupe de travail a été mis en place (27,8 %). Il est composé d'élèves et étudiants (3,7 %), d'associations (11,1 %), de la direction et d'éducateurs (22,2 %) et enfin du personnel de santé (13 %).

Dans seulement 24,1 % des cas un état des lieux a été réalisé dans les établissements et c'était surtout en 2004 (7,4 %). Il a consisté en des repérages des fumeurs (11,1 %), l'existence de salle ventilée pour les professeurs (5,6 %) et l'envie de fumer (3,7 %).

A partir de cet état des lieux, des mesures ont été prises (20,4 %). Il s'agissait de sensibilisation, discussion, aide (9,3 %), suppression de salle « fumeurs », adaptation (9,3 %).

Aujourd'hui, 72,2 % des établissements sont considérés comme non fumeurs au sens de la loi. Les autres pensaient devenir établissements non fumeurs en 2006 (5,6 %), en 2007 (3,7 %) et en 2008 (1,9 %) et cela ne dépendait statistiquement pas du type d'établissement, ni du bassin, ni du PTS (p non significative).

Partenaires associés

Comité Départemental d'Éducation pour la Santé du Pas-de-Calais (CDES 62).

Comité Régional d'Éducation pour la Santé (CRES).

Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DRTEFP).

Espace de Concertation et de Liaison Addictions Tabagisme (ECLAT).

Institut de Santé au Travail du Nord de la France (ISTNF).

Secrétariat général de l'enseignement catholique de Lille.



C10- Evaluation du Programme : Une région sans tabac « les entreprises et les établissements scolaires se mobilisent dans le Nord – Pas-de-Calais »

Contexte

Le programme « Vers une santé sans tabac dans le Nord - Pas-de-Calais : les entreprises et les établissements scolaires se mobilisent... » est développé dans la région depuis 2004 et durera trois ans (2004-2006).

Ce programme est co-financé par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) dans le cadre du Plan cancer.

A la fin de l'année 2005, après avoir établi le constat d'un manque de lisibilité des actions menées après 22 mois de fonctionnement du programme, l'association « Espace de Concertation et de Liaison Addictions Tabagisme » (ECLAT), chargée de la coordination de la réalisation du Programme, et ses partenaires, ont confié à l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) du Nord – Pas-de-Calais, la réalisation d'une évaluation de la mise en place du programme « Vers une santé sans tabac dans le Nord - Pas-de-Calais : les entreprises et les établissements scolaires se mobilisent... ».

Cette évaluation est non seulement un enjeu important pour la pérennité du programme dans la région, mais doit aussi apporter un éclairage sur les mobilisations des acteurs et les choix réalisés en terme de développement des actions mises en place.

L'aspect expérimental et la nature des mobilisations des acteurs du programme lui confèrent une certaine instabilité qui se pose comme une contrainte au niveau de l'évaluation. La méthode d'évaluation partagée choisie doit être conçue en conséquence et peut être adaptée à tout moment en fonction des aléas rencontrés dans la mise en place du programme.

Objectifs

Faire en sorte que chaque année sur la base des structures mobilisées entre 2004 et 2005 :

- 10 % de nouveaux établissements scolaires (collèges et lycées) développent des programmes de prévention du tabagisme.
- 10 % de nouvelles entreprises (moyennes et grandes) de la région développent des programmes de prévention du tabagisme.

Méthode utilisée

Populations

Pour cette évaluation, on cible quatre types de population :

- les partenaires du projet (CDES¹ 62, CRES², DRTEFP³, ECLAT, Institut Pasteur de Lille, ISTNF⁴ et Rectorat de Lille) ;
- les acteurs ayant réalisé les actions (opérateurs ou intervenants) : CDES 62, CRES, Institut Pasteur de Lille et ISTNF ;
- les relais (bénéficiaires devant intervenir dans leurs structures), c'est-à-dire les acteurs qui ont bénéficié directement des actions (formations, échanges de pratiques, accompagnement...) ;
- les bénéficiaires indirects, c'est-à-dire les établissements scolaires et les entreprises (structures cibles). Dans le cadre de la continuité du programme sur 2007, deux populations supplémentaires seront prises en compte : les élèves des établissements scolaires et le personnel (adultes) des différentes structures (établissements scolaires et entreprises).

¹ Comité Départemental d'Education pour la Santé.

² Comité Régional d'Education pour la Santé.

³ Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

⁴ Institut de Santé au Travail du Nord de la France.



Principe méthodologique

L'évaluation du processus et de l'impact du programme sera réalisée en fonction des différents modules que sont l'organisation et le fonctionnement, les résultats et l'économique.

Pour le recueil d'informations, les modalités d'investigation sont de trois types :

- utilisation des questionnaires sur support papier,
- utilisation de tableaux de bord,
- utilisation des entretiens (après réalisation d'une grille d'entretien).

Pour les questionnaires et les entretiens :

- recueil exhaustif des intervenants (opérateurs) et des établissements scolaires,
- échantillonnage des relais et des entreprises en fonction de leur taille (nombre de salariés).

Territoire concerné

La région Nord – Pas-de-Calais.

Principaux résultats

Ils concerneront :

- 560 établissements publics du second degré,
- 197 établissements privés du second degré,
- 315 personnels du milieu scolaire (public et privé), qui auront été formés à la lutte contre le tabagisme et,
- 224 personnels du milieu du travail qui auront été formés à la lutte contre le tabagisme.

Partenaires associés

Comité Départemental d'Education pour la Santé du Pas-de-Calais (CDES 62).

Comité Régional d'Education pour la Santé (CRES).

Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DRTEFP).

Espace de Concertation et de Liaison Addictions Tabagisme (ECLAT).

Institut de Santé au Travail du Nord de la France (ISTNF).

Rectorat (service infirmier).



C11- Recherche action pour une démarche interculturelle dans la prévention du VIH/sida

Contexte

PROBLEMATIQUE JUSTIFIANT LA RECHERCHE ACTION

La migration est un phénomène de plus en plus important aujourd'hui. D'après l'Unesco, à travers le monde, une personne sur 35 est un ou une migrant(e). Si tous les migrants habitaient au même endroit, ils formeraient le cinquième pays du monde en terme de population. En 2002, on comptait 175 millions de migrants internationaux, soit 2,9 % de la population mondiale.

Face au VIH/sida les conditions de la migration peuvent accroître la vulnérabilité : les populations migrantes courent plus de risque de contracter le VIH du fait de leur statut de migrants. Les personnes migrantes sont souvent des travailleurs qui se trouvent dans des conditions de vie et de travail instables, précaires. De ce fait elles n'ont qu'un accès limité aux services sanitaires et à des informations fiables et culturellement appropriées sur le VIH/sida.

Même lorsque les services sociaux et sanitaires sont formés au travail avec les populations migrantes, il leur est souvent très difficile de rentrer en contact avec ces migrants.

Les migrants qui vivent avec le VIH/sida connaissent de multiples formes de discrimination et de stigmatisation, au sein et en dehors de leurs communautés, du fait de leur séropositivité et aussi de leur origine ethnique, de leurs croyances et pratiques religieuses, des conditions socio-économiques qui sont les leurs, de leur statut de migrants, etc.

Toutes les études sur la culture et la santé, montrent l'existence de liens entre le niveau culturel (ou culture tout simplement), les attitudes et les comportements. Ces liens sont encore plus criants dans le cas du VIH/sida où : le fait de prendre ou ne pas prendre de risque de contracter le VIH, le fait d'accéder au traitement et aux soins, la façon dont sont définies les relations entre les sexes et les rôles qui mettent femmes et hommes en situation de risque, le fait d'apporter de l'aide ou au contraire de discriminer les personnes vivant avec le VIH/sida et leurs proches, etc., dépendent pour une bonne part de nos représentations.

Il faut aussi signaler, que s'il est difficile de mettre en place des programmes efficaces en réponse au VIH/sida, c'est que de nombreuses sociétés n'abordent pas ouvertement (ou pas de la même manière) : les relations femmes/hommes, la sexualité, la maladie et la mort, sujets tabous profondément ancrés dans les cultures.

Cette réalité, conjuguée aux difficultés de la vie quotidienne, explique qu'il est particulièrement difficile pour les populations migrantes d'avoir accès aux tests de dépistage du VIH, aux soins, aux traitements médicaux et au soutien dont elles auraient besoin.

Objectifs

OBJECTIF GENERAL

Développer des programmes de prévention du VIH/sida prenant en compte de façon appropriée les motivations des personnes, leur culture.



OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Comprendre ce qui, face aux Maladies Sexuellement Transmissibles et au VIH/sida, motive le comportement des personnes.
- Prendre en compte nos propres représentations et modèles culturels respectifs.
- Repérer des méthodes et des moyens pour aborder une démarche de prévention et de réduction des risques face au VIH/sida et aux MST.

Méthode utilisée

POPULATIONS VISEES

- 1- Les professionnels de structures impliquées dans la prévention auprès de populations multi-culturelles : soit dans le cadre social (dispositifs de droits communs, etc.) soit dans le cadre médical (services spécialisés : hôpitaux, centres de soins et cliniques, les antennes médicales de prévention, etc. ou les services réalisant les deux : les services humanitaires, etc.).
- 2- Les populations ciblées par l'intervention : populations appartenant à une diversité culturelle et concernée par le VIH/sida (populations issues de l'immigration ou non).

METHODES D'INVESTIGATION

Deux méthodes sont utilisées et combinées : la méthode de réalisation du Focus Group et la méthode d'approche ethnographique.

Elles seront mises en œuvre de façon successive ou concomitante.

Elles visent à :

- repérer les comportements différents, représentations et pratiques (individuelles, professionnelles, etc.) concernant les thématiques (santé, sexualité et plaisir),
- saisir les similitudes des comportements, représentations et pratiques,
- synthétiser chaque différence et affiner les questionnements à chaque fois,
- analyser les données et restituer les résultats,
- construire une méthodologie d'approche des populations concernées dans le cadre de la prévention du VIH/sida et des MST,
- procéder à la mise en application de différentes méthodologies de prévention sur trois ou quatre territoires de la région Nord - Pas-de-Calais,
- confronter et croiser les données recueillies,
- concourir à mesurer l'impact des démarches de prévention du VIH/sida et des MST mises en œuvre.

Territoire concerné

Il s'agit des populations résidant dans la région Nord – Pas-de-Calais.

Principaux résultats

Les données à recueillir seront :

- socio démographiques : elles peuvent concerner aussi bien les professionnels que les populations,
- données sur les stratégies rationnelles et relationnelles en matière de santé des personnes confrontées au VIH/sida et MST,
- données psycho-sociales qui déterminent le groupe d'appartenance (originalité des pratiques, les représentations, la culture, les relations interpersonnelles en matière de santé et de pratique sexuelle).



L'analyse à réaliser sera axée sur les points suivants :

- les aspects socio-démographiques,
- les aspects socio-anthropologiques et interculturels,
- la dimension de santé publique.

Partenaires associés

Carrefour d'Initiative et de Réflexion autour de la Maternité, l'enfance, la vie affective et sexuelle.

Centre de Ressources et d'Information sur la Promotion de la Santé.

Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales du Nord et du Pas-de-Calais.

Agence Nationale pour la Cohésion Sociale et l'Égalité des Chances.



Collaborations et travaux divers

- Participation aux groupes de travail du Groupement Régional de Promotion de la Santé (Contact Santé, Centre de documentation et Portail commun).
- Participation aux travaux du Comité régional de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé.
- Participation aux travaux du Conseil Economique et Social Régional consacrés à la démographie des professions de santé.
- Participation au colloque « Épidémiologie des conduites addictives » à Lille.
- Participation aux Etats généraux de l'alcool.
- Participation aux travaux du Plan formation des formations paramédicales et des travailleurs sociaux.
- Collaboration à la Conférence Régionale de Santé.
- Collaboration avec la Mission Bassin minier.
- Collaboration et participation aux travaux de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.
- Collaboration avec la Direction de la prospective et de l'évaluation du Conseil régional.
- Collaboration avec les services régionaux de l'INSEE (précarité et emploi de la santé).
- Participation au groupe d'orientation scientifique du Plan Cancer du Conseil régional.
- Participation à la Commission Régionale des Naissances.
- Participation à la Commission Régionale de l'Organisation des soins de l'Enfant et de l'Adolescent.
- Membre du Comité scientifique pour l'évaluation de la situation et des mesures à envisager pour le site METALEUROP de Noyelles-Godault désigné par le Préfet du Pas-de-Calais (arrêté préfectoral du 15 janvier 2003).
- Membre du Comité Technique Plomb animé par la Direction Générale de la Santé et présidé par le Pr. Jean-Louis Salomez.
- Participation aux travaux du comité scientifique pour l'élaboration du projet d'enquête de prévalence du saturnisme en France de l'Institut de veille sanitaire.
- Participation aux travaux de la mission d'expertise collective de l'INSERM sur l'expertise opérationnelle des stratégies de dépistage du saturnisme infantile en France.
- Participation, à la demande de l'Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Énergie, à la délégation française au *Workshop on sustainable urban transport and land use planning*, organisé par l'OMS Europe et l'UNECE à Tbilisi (Géorgie), du 18 au 20 octobre 2006.
- Co-animation, avec la DRASS Nord - Pas-de-Calais, du groupe Santé du Plan Régional pour la Qualité de l'Air (PRQA).



- Co-animation de l'atelier Santé du colloque sur l'Air vu de l'intérieur organisé par le Conseil Régional Nord - Pas-de-Calais, l'Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Énergie, l'APPA Nord - Pas-de-Calais, le CDHR du Pas-de-Calais et l'INERIS, le 16 mai 2006, au Nouveau Siècle, à Lille.
- Participation aux travaux du groupe de programmation « Santé Environnement » dans le cadre de l'élaboration du Plan Régional de Santé Publique (PRSP).
- Intervention, avec la CIRE Nord, à la Fête de la Science (Armentières, 15 octobre 2006), pour une communication sur la pollution atmosphérique et la santé.
- Participation à la présentation publique des résultats de l'étude PHYTOAIR, lors d'une Conférence organisée par le Conseil Régional Nord - Pas-de-Calais et l'Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Énergie, à Arras, le 17 octobre 2006.



Revue de presse

- Declercq C, Baldé M, Vernier-Massouille G, Gower-Rousseau C, Poirier G, Cortot A, Colombel JF, Salomez JL. Mapping of Crohn's Disease and Ulcerative Colitis in the Nord-Pas-de-Calais region (France): spatial variations and association with affluence [Poster] 14th United European Gastroenterology Week, Berlin, 21-25 October 2006.
- Declercq C, Lagache R, Prouvost H, Quélo D, Sportisse B, Palmier P, Quételard B, Hasiak F. Predicted impacts on traffic, air quality and mortality of the urban mobility plan in the Lille Métropole urban community [Communication orale]. 15ème conférence régionale de l'UIAPPA, Lille, 5-8 septembre 2006.
- Declercq C, Lefranc A, Pascal L, Prouvost H, Larrieu S, Fabre P, Le Tertre A, Jusot JF, Blanchard M, Borelli D, Chardon B, Rivière S, Cassadou S, Eilstein D. Air pollution and hospitalizations for heart diseases in eight French cities. [Poster]. International Conference on Environmental Epidemiology and Exposure, ISEE/ISEA, Paris, 2-6 September 2006.
- Declercq C, Prouvost H, Ladrière L, Brigaud T, Labat L, Haguenoer JM. Children's blood lead levels around a primary lead smelter in northern France [Poster]. International Conference on Environmental Epidemiology and Exposure, ISEE/ISEA, Paris, 2-6 September 2006.
- Filleul L, Cassadou S, Medina S, Fabre P, Lefranc A, Eilstein D, Le Tertre A, Pascal L, Chardon B, Blanchard M, Declercq C, Jusot JF, Prouvost H, Ledrans M. The relation between temperature, ozone, and mortality in nine French cities during the heat wave of 2003. *Environ Health Perspect* 2006; 114: 1344-7.
- Filleul L, Rondeau V, Vandentorren S, Le Moal N, Cantagrel A, Annesi-Maesano I, Charpin D, Declercq C, Neukirch F, Paris C, Vervloet D, Brochard P, Tessier JF, Kauffmann F, Baldi I. Twenty-five-year mortality and air pollution, results from the french PAARC survey [Communication orale]. International Conference on Environmental Epidemiology and Exposure, ISEE/ISEA, Paris, 2-6 September 2006.
- Filleul L, Zeghnoun A, Cassadou S, Declercq C, Eilstein D, le Tertre A, Medina S, Pascal L, Prouvost H, Saviuc P, Quenel P. Influence of set-up conditions of exposure indicators on the estimate of short-term associations between urban pollution and mortality. *Sci Total Environ* 2006; 355: 90-7.
- Glorennec P, Declercq C. Performance of several decision support tools for determining the need for systematic screening of childhood lead poisoning around industrial sites. *Eur J Public Health* 2006 doi:10.1093/eurpub/ckl091.
- Jusot JF, Lefranc A, Cassadou S, D'Helf-Blanchard M, Eilstein D, Chardon B, Filleul L, Pascal L, Fabre P, Declercq C, Prouvost H, Le Tertre A, Medina S. Estimation de la mortalité attribuable aux particules (PM10) dans les 9 villes françaises participant au programme européen Apehis. *Santé Publique* 2006; 18: 71-84.
- L'atlas des professions de santé. *Contact santé* 2006 ; 218 : 9.
- Lacoste O. Il faut raisonner de manière transversale. In Comment résister à la crise ? *Contact santé* 2006 ; 218 : 15.
- Lacoste O. Origines et symptômes de la crise des professions de santé. *Contact Santé* 2006 ; 218 : 17.



- Lagache R, Declercq C, Quélo D, Sportisse B, Palmier P, Hasiak F. Health effects modelisation of two contrasted transport Policy The Case of the PDU of Lille [Communication orale] Transport Research Arena 2006, Göteborg, 15 juin 2006.
- Lagache R, Declercq C, Sportisse B, Quélo D, Palmier P, Quételard B, Hasiak F. Évaluation de l'impact du plan de déplacements urbains de Lille-Métropole sur le trafic, les concentrations de polluants atmosphériques et la mortalité [Communication orale]. 2^{ème} Conférence Environnement et Transport, Reims, 12-14 juin 2006.
- Larrieu S, Lefranc A, Medina S, Jusot JF, Chardon B, Riviere S, Prouvost H, Pascal L, Le Tertre A, Fabre P, Declercq C, Borelli D, Blanchard M, Cassadou S, Eilstein D. Health impact assessment of long-term exposure to particulate air pollution; sensitivity of results to the correction of PM₁₀ levels measured with TEOM [Poster]. International Conference on Environmental Epidemiology and Exposure, ISEE/ISEA, Paris, 2-6 Septembre 2006.
- Larrieu S, Rivière S, Lefranc A, Chardon B, Declercq C, Le Tertre A, Borrelli D, Blanchard M, Fabre P, Jusot J-F, Medina S, Pascal L, Prouvost H, Cassadou S, Eilstein D. Association entre pollution atmosphérique urbaine et hospitalisations pour pathologies cardiovasculaires et respiratoires : résultats et applications du programme Psas-9 [Communication orale]. Congrès d'épidémiologie de l'Adelf Epiter, Dijon, 30 août - 1er septembre 2006.
- Lefranc A, Blanchard M, Borelli D, Chardon B, Declercq C, Fabre P, Jusot JF, Larrieu S, Le Tertre A, Pascal L, Prouvost H, Rivière S, Wagner V, Cassadou S, Eilstein D. *Programme de surveillance air et santé (PSAS). Relations à court-terme entre les niveaux de pollution atmosphérique et les admissions à l'hôpital dans huit villes françaises*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2006.
- Le Tertre A, Lefranc A, Eilstein D, Declercq C, Medina S, Blanchard M, Chardon B, Fabre P, Filleul L, Jusot JF, Pascal L, Prouvost H, Cassadou S, Ledrans M. Impact of the 2003 heatwave on all-cause mortality in 9 French cities. *Epidemiology* 2006; 17: 75-9.
- Les emplois de santé : 12 milliards de revenus par an. *Contact santé* 2006 ; 218 : 9.
- Mazzuca M, Pruvot C, Howsam M, Douay F, Declercq C, Auque G, Prouvost H. Heavy Metal Exposure of schoolchildren: lead and cadmium contamination of their hands by dust [Communication orale] SETAC, La Haye, 7-11 mai 2006.
- Mazzuca M, Pruvot C, Prouvost H, Douay F, Declercq C, Auque G. Preliminary results: exposure of young children to heavy metals in school located in polluted environments: contamination of children's hands with dust [Poster]. International Conference on Environmental Epidemiology and Exposure, ISEE/ISEA, Paris, 2-6 Septembre 2006.
- Nous sommes en manque de professionnels de santé. *Contact santé* 2006 ; 218 : 9.
- Pascal L, Lefranc A, Blanchard M, Fabre P, Chardon B, Jusot J-F, Riviere S, Larrieu S, Declercq C, Prouvost H, Le Tertre A, Cassadou S, Eilstein D. Links between particulate air pollution levels and hospital admissions in eight French cities [Communication orale]. 15^{ème} conférence régionale de l'UIAPPA, Lille, 5-8 septembre 2006.
- Pruvot C, Mazzuca M, Declercq C, Waterlot C, Prouvost H, Douay F. Role of environmental parameters on the exposure of a human population living in a highly lead-contaminated area [Communication orale] Conference Metals in the Environment, Vilnius, 26-29 Avril 2006.
- Salomez JL. Savannah Bay ou les liens de la transmission féminine interrompue. *Contact santé* 2006 ; 219 : 29.
- Prouvost H, Poirier G. Influence des facteurs socio-économiques sur le recours au dépistage du cancer chez les femmes du Nord – Pas-de-Calais : résultats de l'enquête décennale Santé, France, 2002. *BEH thématique* 2007 ; 2-3 : 17-20.



Janvier 2007



Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais

Parc Eurasanté
235 avenue de la Recherche
BP 86 59373 Loos cedex

Tel : +33 (0)3-20-15-49-20

Fax : +33 (0)3-20-15-10-46

E-mail : secretariat@orsnpdc.org

Site Internet : <http://www.orsnpdc.org>