



Rapport d'activité

Année 2008

Rapport d'activité

Année 2008

Sommaire

Réunion des instances	P 5
Activité de gestion	P 11
Activités permanentes	P 13
Première journée de l'ORS	P 15
SIGORS	P 17
Cancer	P 19
• A1- Évaluation des projets relevant de l'axe prévention de la politique santé du Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais	P 21
• A2- Évaluation des projets relevant de l'axe cancer de la politique santé du Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais	P 25
• A3- Enquête sur la perception et la connaissance du cancer dans le Nord – Pas-de-Calais, 2007	P 28
• A4- Pour une ethnographie des patients atteints de cancer en Nord – Pas-de-Calais	P 31
• A5- Les systèmes locaux de prise en charge des cancers	P 33
Santé – environnement	P 37
• B1- Cancer, Inégalités Régionales, Cantonales et Environnement (CIRCE) Phase II	P 39
• B2- Programme de surveillance des effets sur la santé liés à la pollution atmosphérique en milieu urbain dans 9 villes françaises (PSAS). Contribution de l'ORS Nord – Pas-de-Calais au pôle lillois	P 42
• B3- Le cancer dans la Communauté d'Agglomération de la Porte du Hainaut et dans la Communauté de Communes du Cœur d'Ostrevent	P 44
• B4- Imprégnation par le plomb chez les enfants autour d'une centrale thermique d'électricité dans les communes d'Hornaing, Erre et Helesmes (Nord)	P 46
Santé et territoires	P 49
• C1- Mise en place d'un partenariat ORS Nord – Pas-de-Calais / CETAF	P 51
• C2- INTERREG IVA France (Manche) – Angleterre Zones côtières défavorisées, Inégalités sociales et de santé <i>Coastal Deprivation, Social and Health Inequalities (COSHIN)</i>	P 54
• C3- Accessibilité des professionnels de santé. Identification des bassins d'offre de soins pour une analyse à l'échelle des intercommunalités (Communautés Urbaines, Communautés d'Agglomérations, Pays)	P 57

Autres thématiques	P 63
• D1- Observations inattendues de la santé 2008–2010	P 65
• D2- Diagnostics et enjeux de territoire des maisons de santé pluridisciplinaires	P 67
• D3- Soutien à l'étude du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins (CROM) sur le temps médical	P 71
• D4- Évaluation méthodologique de l'enquête « Imagerie médicale » de l'ARH	P 75
• D5- Monitoring des actions de prévention du Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais	P 78
• D6- Recherche action pour une démarche interculturelle dans la prévention du VIH/sida	P 81
• D7- Évaluation du programme de santé destiné aux apprentis mis en œuvre par le GRPS	P 83
• D8- Étude FNORS « Synthèse nationale des maladies transmissibles : la grippe »	P 84
• D9- Étude FNORS « Synthèse nationale des maladies transmissibles : les maladies infectieuses intestinales »	P 89
• D10- Répertoire transfrontalier des acteurs de santé	P 93
• D11- Participation à l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques pour les études régionales et locales liées aux orientations fixées par le PNNS	P 95
Expertise, réunions, soutien technique	P 97
Articles publiés	P 103

Réunion des instances

Au cours de l'année 2008, les instances de l'ORS sollicitées par son Président, Jean-Louis SALOMEZ, se sont réunies à trois reprises.

- **Le 12/03/2008 : tenue d'un Conseil d'administration et d'une Assemblée générale ordinaire**

Le premier se voulait surtout informatif. Le Président y annonçait, entre autres, le renouvellement prochain des membres du Bureau, dont le mandat arriverait statutairement à terme en octobre 2008. Il préconisait l'ouverture pour la composition de ce nouveau Bureau et s'engageait à lancer un appel à candidatures suffisamment tôt pour permettre à un maximum de postulants de se manifester.

Le second point d'information portait sur l'engagement possible de l'ORS, dans le cadre d'INTERREG IV, dans deux projets de coopération transfrontalière :

1. le programme transfrontalier d'observation et de promotion de la santé, du bien-être et de la qualité de la vie : « Générations en santé » ;
2. le programme « exploratoire » sur les problèmes de défaveur sociale des deux côtés du Channel ;

sous réserve de l'obtention des cofinancements annoncés, le premier projet devant bénéficier d'une subvention de l'État, et le second du Conseil Régional. Jean-Louis SALOMEZ demandait aux administrateurs présents de légitimer cet engagement de l'ORS en le désignant opérateur chef de file auprès des partenaires impliqués. Après un exposé des problématiques, il se voyait officiellement mandaté par son auditoire pour instruire les deux programmes.

L'Assemblée générale ordinaire qui avait suivi, avait été essentiellement consacrée à la présentation de l'activité réalisée par l'ORS au titre de l'année 2007 :

1. Les travaux figurant dans le rapport d'activité avaient été inventoriés.
Outre les fondamentaux (activités de gestion, du DRI¹, de SISMO², de SIGORS³, publication des 50/51° nord, ...), 25 études étaient dénombrées : 3 relevaient de l'axe Cancer ; 11 de l'axe Santé – environnement ; 5 de l'axe Santé et territoires et 6 illustraient d'autres thématiques ; sans omettre le volet expertise, réunions, soutien technique, non le moindre bien que le moins visible de l'activité de l'ORS ;
2. Les compte de résultat et bilan avaient été exposés, et lecture avait été donnée par le Président du rapport du Commissaire aux comptes.
Maître CAPPELIER, dans son rapport sur les comptes annuels de 2007, alertait l'Assemblée générale et le Conseil d'administration sur l'exercice déficitaire de l'année écoulée et la nécessité pour l'ORS de retrouver un résultat équilibré dès l'exercice 2008, à défaut duquel les financeurs devraient être contactés pour apporter les fonds nécessaires au maintien de son activité.
3. Le budget prévisionnel 2008 présenté lors de cette instance, avait été établi avant toute négociation avec les partenaires et faisait état d'un déficit de 245 000 € qui devaient être trouvés pour avoir un budget en équilibre. Les adhérents présents ont acté ce budget qui n'avait pas à être soumis aux votes comme pour tout budget prévisionnel.

¹ Département de Recherche et d'Information de l'ORS.

² Site Internet de l'ORS.

³ Système d'Information Géographique de l'ORS.

• **Le 05/06/2008 : tenue d'un Conseil d'administration extraordinaire**

La situation comptable de l'ORS au 21/05/2008, commentée à l'appui des documents financiers réactualisés, accusait un déficit de l'ordre de 112 000 € ; la masse salariale représentait 80 % des charges ; les réserves s'élevaient à 22 000 €.

L'ORS se trouvait confronté à une situation de difficultés économiques réelles et importantes sans précédent, et très vite il fallait mettre en place la meilleure réponse possible. Une réunion du Bureau s'était tenue en urgence le 02/06/2008. Le Commissaire aux comptes avait été alerté et rencontré. La banque avait jusqu'ici couvert notre trésorerie parce que le budget prévisionnel était équilibré, mais compte tenu de la dégradation de la situation, elle ne nous suivrait pas bien longtemps et ce serait alors le point de non-retour pour l'association.

Le Président avait souligné que les mesures qui seraient prises n'auraient de portée réelle que sur l'exercice 2009. En 2007, l'exercice était négatif ; en 2008, il le serait immanquablement aussi, et ce, même si les mesures les plus drastiques étaient prises ; c'était pour arrêter ce mécanisme en chaîne en 2009 qu'il fallait agir au plus vite.

Trois résolutions avaient été examinées tour à tour et soumises au vote des administrateurs présents.

1. Face à une situation économique difficile, il était de la responsabilité du Président et des administrateurs de signifier qu'ils avaient pris conscience des difficultés conjoncturelles que traversait l'association.

1^{ère} résolution approuvée à l'unanimité

Le Conseil d'administration de l'ORS Nord – Pas-de-Calais après avoir pris connaissance de l'état des finances de l'ORS et du Budget prévisionnel 2008 et entendu le Président, Jean-Louis SALOMEZ, en date du 5 juin 2008, a constaté l'existence de difficultés économiques réelles et sérieuses pour l'ORS Nord – Pas-de-Calais.

2. Quelle stratégie avait été mise en place pour contrer ces difficultés ?

- ✓ **La 1^{ère} mesure prise avait été de réduire au maximum les dépenses** : entre 2007 et 2008, cette réduction avait été de 215 000 € et avait porté sur la quasi-totalité des postes. Les charges de personnel avaient, elles aussi, été revues à la baisse en raison du départ d'un chargé d'études qui n'avait pas été remplacé.
- ✓ **La 2^e mesure prise avait été d'alerter les financeurs et les administrateurs** : le Président l'avait d'abord fait verbalement, à chaque occasion de rencontre, en se montrant même alarmiste pour les faire réagir, puis, comme ces démarches restaient sans effet, il s'était alors décidé à adresser un courrier officiel à tous les partenaires réels ou potentiels de l'ORS. En avaient été destinataires les administrateurs, le Conseil Régional, la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, les Conseils généraux. A la réception de ce courrier, beaucoup l'avaient assuré de leur soutien et de leur détermination à faire bouger les choses, mais pour autant, aucune mesure concrète n'avait changé la donne.

2^e résolution approuvée à l'unanimité

Le Conseil d'administration de l'ORS Nord – Pas-de-Calais après avoir pris connaissance des mesures prises jusqu'alors et des démarches entreprises auprès des financeurs potentiels par le Président Jean-Louis SALOMEZ de l'ORS Nord – Pas-de-Calais a constaté que celles-ci n'ont pu suffire à résoudre les difficultés économiques réelles et sérieuses de l'ORS Nord – Pas-de-Calais.

3. Quelles alternatives restait-il ?

Depuis près de deux mois, 30 scénarios avaient été échaudés pour diminuer les charges.

✓ **La première idée avait été de toucher aux avantages non statutaires du personnel.**

- Chaque année, les salariés étaient évalués individuellement dans leur travail et le résultat de cette évaluation conduisait à l'obtention d'une prime annuelle, variable en fonction de plusieurs critères de « mérite ». Cette prime n'était inscrite ni dans le contrat de travail, ni dans le statut collectif unilatéral de l'association.
- En 2008, le Président avait décidé d'annuler les entretiens d'évaluation et cette prime n'avait pas été versée.
- L'économie ainsi dégagée avait été de 12 000 € bruts.

✓ **En second lieu, il avait été envisagé de diminuer les rémunérations en touchant au contrat de travail.**

Une simulation de suppression du 13^e mois avait été faite : cette option n'avait pas été retenue pour plusieurs raisons :

- Tout d'abord parce que l'année était déjà largement entamée (presque à la fin du 1^{er} semestre 2008) et que la marge de manœuvre était étroite pour mener les négociations inhérentes à cette mesure.
- Son application impliquait de dénoncer le contrat de travail de chaque salarié, ce qui ne pouvait pas se faire unilatéralement. Pour que cette décision ait pu être effective, il aurait fallu que l'employeur ait entrepris des consultations individuelles et obtenu l'acceptation de chaque salarié, ce qui était loin d'être acquis.
- De plus, même en cas de succès de ces démarches, cette mesure de suppression du 13^e mois ne résolvait rien : elle aurait conduit à un allègement des charges en 2008 mais n'aurait pas assuré pour autant l'équilibre de l'exercice 2009.
- Enfin, elle pouvait avoir un effet social pervers : dans l'hypothèse d'un licenciement postérieur, les employés auraient été moins bien indemnisés, puisque la prime de licenciement aurait été calculée sur une rémunération amputée du 13^e mois.

✓ **Le dernier scénario exploré avait été le licenciement pour motif économique.**

Quantité de simulations avaient été faites : aucune n'offrait de solution pour rétablir l'équilibre de l'exercice 2008.

La seule stratégie solide assurant un redressement durable pour l'ORS, était basée sur trois licenciements économiques. Les conseils d'une spécialiste en droit social avaient accompagné le Président dans la conduite de la procédure juridique.

Le personnel avait été regroupé par catégorie d'activité :

- 1^{er} groupe : les chargés d'études ;
- 2^e groupe : les personnes-soutien aux études ;
- 3^e groupe : les personnes des pôles secrétariat, gestion, administration.

De chaque groupe un poste avait été supprimé. Les critères qui avaient présidé au choix du salarié, étaient fixés par la loi :

- l'âge (comme difficulté de reclassement) ;
- l'ancienneté (au bénéfice du salarié) ;
- les charges familiales ;
- la qualité professionnelle.

Le 4^e critère n'avait pas été privilégié : la même pondération avait été attribuée à chaque critère.

3^e résolution approuvée à l'unanimité

Le Conseil d'administration de l'ORS Nord – Pas-de-Calais donne pouvoir au Président, Jean-Louis SALOMEZ, pour prendre toute mesure nécessaire pour faire face aux difficultés économiques de l'ORS et notamment à procéder si nécessaire à des licenciements pour motif économique dans le but d'assurer la pérennité de la structure.

Le Conseil d'administration ayant accepté la 3^e résolution, le Président a eu le lendemain un entretien officiel avec les délégués du personnel et la procédure de licenciements économiques avait été enclenchée.

• **Le 02/12/2008 : tenue d'un Conseil d'administration et d'une Assemblée générale ordinaire**

Le Président, lors de la première séance, a rappelé les circonstances exceptionnelles qui avaient conduit au licenciement de trois salariés de l'ORS, dont le départ avait eu lieu en juillet, et annoncé qu'il avait reçu, début août, la démission d'un chargé d'études.

Les modalités du plan de licenciements économiques mis en œuvre dans l'optique de recouvrer un équilibre financier fin 2009 et une situation saine en 2010 ont été explicitées (cf. chapitre activité de gestion), de même que les démarches entreprises pour trouver de nouveaux financements.

Les membres du Bureau de l'ORS ont ensuite été réélus. Les cinq actes de candidature reçus ont été portés à la connaissance des administrateurs présents qui n'ont pas souhaité de vote à bulletin secret. C'est donc avec l'accord tacite de son auditoire que le Président a procédé à la répartition des postes, comme suit :

- Monsieur le Pr Jean-Louis SALOMEZ (*Collège des Universitaires*), reconduit dans ses fonctions de Président ;
- Monsieur Jean-Pierre KUCHEIDA (*Collège des Structures Intercommunales*), nommé au poste de 1^{er} Vice-président ;
- Monsieur Jean-Michel HONORÉ (mandaté officiellement par Monsieur Didier DELMOTTE, CHRU de Lille, pour le représenter au sein du *Collège des Personnes Qualifiées*), nommé au poste de 2^e Vice-président ;
- Monsieur Michel LETELLIER (*Collège des Personnes Qualifiées*), nommé au poste de Secrétaire ;
- Monsieur le Dr Marc BIENCOURT (*Collège des Professions Sanitaires et Sociales*), nommé au poste de Trésorier.

Le poste de Trésorier adjoint n'a pas été pourvu. Le Président a proposé d'organiser une Assemblée générale extraordinaire au cours du 1^{er} trimestre 2009, en vue de « toiletter » les statuts, et notamment d'en reconsidérer l'article 6 concernant la composition du Bureau.

La deuxième séance a été consacrée pour l'essentiel à une réflexion sur l'état des lieux et la prospective de l'observation régionale de la santé. Les diapositives ci-contre résument la teneur des échanges qui ont eu lieu.

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

Bilan

- Place reconnue en région (un Cor)
 - Conseil régional, Insee, Préfecture de région, Intercommunalités, Uriopas, Caer... ;
- Compétences utilisées au niveau national (Dhas, Invs...);
- Réseau Fnors peu utilisé ;
- Partenariat Grps ;
- « Expertise » auprès d'une partie des institutionnels et du « Grand public ».

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

Savoir-faire et compétences

- Description, suivi et analyse de l'état de santé ;
- Analyse territoriale et spatiale,
 - Dont la démographie des professionnels de santé ;
- Accompagnement sur le terrain de dispositifs ;
- Evaluation ;
- Santé environnement ;
- Prospective(s) ;
- Transfrontalier et Union européenne.

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

Evolution des enjeux

- Phase « post-Prs » ;
- Beaucoup d'indicateurs (Prsp) ;
- Les usagers, une place de plus en plus réelle ;
- Territorialisation (Pts) et politiques locales des Intercommunalités ;
- La santé du Nord – Pas-de-Calais : une question publique.

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

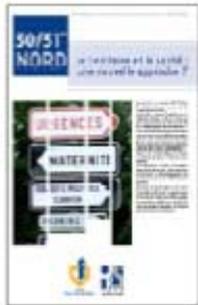
Evolution des techniques

- Mise à disposition par Internet ;
- Enquête via Internet (protocoles à affiner et conditions d'utilisation à préciser) ;
- Circulation accélérée de l'information.
- Les trois piliers de l'Ors restent :
 - Terrain ;
 - Bibliographie ;
 - Statistiques.

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

Evolution du paysage institutionnel

Attente de la loi
Hôpital, patients, santé et territoires



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

Evolution du contexte

- L'approche sectorielle, de moins en moins adaptée (Système locaux de prise en charge...);
- De plus en plus de demandes locales...
- ...mais avec un regard régional ;
- Maintien du besoin d'
AIDE A LA DECISION.

Activité de gestion

Compte tenu des problèmes financiers rencontrés en 2008, l'activité de gestion a été plus importante qu'à l'accoutumée et assez tumultueuse.

Ressources humaines

L'ORS ayant dû licencier, il a fallu réaliser les simulations budgétaires nécessaires à l'étude de la situation financière 2008 (Cf. chapitre « réunion des instances ») mais aussi pallier au quotidien.

La mise en place d'une procédure de licenciement pour motif économique nécessite un suivi rigoureux et des démarches administratives importantes. L'aide d'une spécialiste en droit social a été sollicitée.

Trois postes ont été supprimés :

- L'un dans le groupe « études » ;
- L'autre dans le groupe « soutien aux études » ;
- Et le dernier dans le groupe « administration-gestion ».

Au 1^{er} janvier 2008, le personnel de l'ORS se composait de 13 personnes, représentant 12,6 ETP.

Le personnel licencié ayant accepté la Convention de Reclassement Personnalisée (CRP), les trois départs ont eu lieu le même jour, début juillet.

Cette convention a pour but de permettre au salarié de bénéficier, après la rupture de son contrat de travail, d'actions de soutien psychologique, d'orientation, d'accompagnement d'évaluation des compétences professionnelles et de formation destinées à favoriser son reclassement.

Une allocation lui est versée pendant 8 mois ; elle garantit le salaire journalier à 80 % pendant les 91 premiers jours, puis 70 %.

En contrepartie, le salarié licencié ne perçoit pas d'indemnité de préavis (dans la limite de 2 mois) ; l'employeur reverse aux Assédics cette indemnité.

Début août, la démission d'un chargé d'études a été reçue par le Président.

Au 31 décembre 2008, le personnel se composait ainsi de 9 personnes.

À noter, l'évaluation du personnel sur l'année 2008 n'a pas eu lieu.

Trésorerie

L'année 2008 a été particulièrement difficile : le découvert bancaire a atteint jusqu'à - 400 K€. À noter un suivi de la banque positif puisqu'elle n'a pas refusé la mise en paiement des salaires.

En conséquence les agios ont été cette année très élevés : plus de 8 300 € (en 2007, ils s'élevaient à 2 288 €).

Le GIE GRPS

Sur l'année 2008, les échanges intra-GIE ont été nombreux, formalisés par des réunions de direction, des conseils de maison, mais aussi des dossiers plus spécifiques (Cf. volet études).

Activités permanentes

Le DRI

Le Département 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 et répond également aux demandes d'information documentaire ou statistique des usagers extérieurs.

Les activités courantes

1- Gestion du fonds documentaire

2- Commande/Indexation de documents

Au 31 décembre 2008, la base contenait 4 100 documents.

3- Veille documentaire pour les chargés d'études (liste non exhaustive)

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

4- Recherche documentaire sur demande extérieure à l'ORS

En 2008, le DRI a répondu à ses missions d'information auprès du grand public ainsi que des institutions régionales, des directeurs d'hôpitaux, des acteurs sociaux, des journalistes... Il a reçu une quarantaine de demandes individuelles (documentaires ou statistiques). Les thèmes les plus demandés ont été les addictions (principalement l'alcool et le tabac), la santé des adolescents (obésité, suicide), la santé et l'environnement, les personnes âgées, les cancers, la démographie des professions de santé...

Les demandes émanaient davantage du Nord que du Pas-de-Calais, mais provenaient aussi d'autres régions de France.

Le DRI s'est impliqué au sein du GIE GRPS (travail régulier avec le pôle documentation).

5- Le service s'est vu confier la gestion du site Internet, ainsi que l'administration réseau de l'ORS.

SISMO

En 2008, le site Internet de l'ORS Nord – Pas-de-Calais a comptabilisé 60 000 visites et près de 134 000 téléchargements de fichiers.

Parmi les travaux consultés le plus par les internautes figurent les études suivantes :

- Atlas des professions de santé (travail publié en 2005 et téléchargé plus de 6 900 fois) ;
- Les systèmes territoriaux de prise en charge des cancers (2007) ;
- Accessibilité des professionnels de santé (2008) ;
- Le Littoral Nord - Pas-de-Calais (2000).

Les indicateurs statistiques produits par l'ORS et régulièrement mis à jour intéressent toujours autant les internautes.

Les indicateurs statistiques par territoire mis à disposition

- Mortalité toutes causes dans le Nord – Pas-de-Calais, 2002-2004
- Mortalité prématurée évitable dans le Nord – Pas-de-Calais, 2002-2004
- Mortalité par maladie de l'appareil circulatoire dans le Nord – Pas-de-Calais, 2002-2004
- Mortalité par cardiopathies ischémiques dans le Nord – Pas-de-Calais, 2002-2004
- Mortalité par maladies cérébrovasculaires dans le Nord – Pas-de-Calais, 2002-2004
- Mortalité par maladie chronique du foie dans le Nord – Pas-de-Calais, 2002-2004
- Mortalité par tumeurs malignes dans le Nord – Pas-de-Calais, 2002-2004
- Mortalité par tumeur maligne du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon dans le Nord – Pas-de-Calais, 2002-2004
- Mortalité par tumeur maligne de la prostate dans le Nord – Pas-de-Calais, 2002-2004

- Mortalité par tumeur maligne du sein chez la femme dans le Nord – Pas-de-Calais, 2002-2004
- Mortalité par tumeur maligne de l'utérus (y compris col de l'utérus) dans le Nord – Pas-de-Calais, 2002-2004
- Mortalité par diabète sucré dans le Nord – Pas-de-Calais, 2002-2004
- Mortalité par suicides dans le Nord – Pas-de-Calais, 2002-2004
- Mortalité par abus d'alcool dans le Nord – Pas-de-Calais, 2002-2004
- Mortalité par maladie de l'appareil respiratoire dans le Nord – Pas-de-Calais, 2002-2004
- Mortalité par maladies chroniques des voies respiratoires inférieures dans le Nord – Pas-de-Calais, 2002-2004

50/51° Nord, les petits dossiers de l'ORS Nord – Pas-de-Calais

Quatre numéros de 50/51° Nord sont parus en 2008 ou début 2009 :

- n° 17 : Bassin minier, environnement et santé ;
- n° 18 : Les naissances d'une région ;
- n° 19 : Le territoire et la santé : une nouvelle approche ? ;
- n° 20 : Observation & expertise régionales en santé.

Ils ont été imprimés à 4 000 exemplaires.

Première journée de l'ORS

Contexte

La population du Nord – Pas-de-Calais présente un état de santé préoccupant qui, certes, s'améliore d'années en années, mais ne parvient pas à se rapprocher suffisamment des valeurs moyennes françaises.

Dans les années 1960-1980, cette situation peu enviable était partagée avec d'autres régions, la Bretagne par exemple, qui ont, quant à elles, bénéficié d'un rattrapage sanitaire incontestablement plus net.

Cette rupture, qui n'a pas autant bénéficié au Nord – Pas-de-Calais, est le résultat, semble-t-il, moins de mesures ou de politiques sanitaires spécifiques, que d'une évolution positive du tissu social et économique.

Ce constat, cette comparaison, posent beaucoup de questions :

- Pourquoi ceci a-t-il été possible ailleurs et non pas ici ?
- Quels sont les processus, les événements, les origines, les dynamiques de cette progression ?
- Quels sont les résultats de 20 ans d'une politique de santé volontariste menée dans le Nord – Pas-de-Calais ?
- Quelle place et quels effets pourraient-il avoir dans les 20 ans à venir ?
- Qu'est-il possible de faire demain, qui pourrait être conçu dès aujourd'hui ?

Objectifs

Pour tenter de répondre à la question de savoir quelle politique de santé peut être conçue dans notre région, un débat était nécessaire.

C'est la raison pour laquelle, l'ORS avec le soutien du Conseil régional Nord - Pas-de-Calais, a conçu cette première journée sur le thème

Comment la santé s'améliore ?

Quels sont les facteurs concourant à l'amélioration de l'état de santé d'une population régionale ?

Comment améliorer la santé ?

Quelles sont les politiques de santé publiques possibles ?

Quelles sont les mesures sanitaires susceptibles d'être efficaces et efficaces ?

Quelles alternatives s'offrent à la politique de santé publique régionale ?

La journée ne devait pas être une présentation des politiques et encore moins des dispositifs de santé publique de notre région.

L'ORS souhaitait faire de cette journée un laboratoire d'idées, un moment de réflexion en commun, un exercice d'indiscipline intellectuelle comme disent certains spécialistes de la prospective. Il ne s'agissait donc pas de commenter ce qui existe mais d'imaginer d'autres pistes, d'autres méthodes, d'autres champs. C'est donc presque à un exercice de prospective que chacun était invité à participer.

Pour l'ORS ce débat devait aussi être l'occasion d'être à l'écoute pour mieux accomplir sa mission d'aide à la décision en santé publique.

Méthode utilisée

Pour « ouvrir » la réflexion, l'organisation de la journée a suivi deux grands principes :

1. Faire venir des professionnels d'autres régions, ou travaillant sur des thèmes autres que la santé (en lien avec elle) pour « ouvrir la vision ».
2. Permettre à quiconque le souhaitait de participer.

Le débat était donc ouvert à tous, citoyens ou professionnels qui souhaitaient apporter une contribution.

L'information a été relayée par la Voix du Nord et par différents médias.

Les interventions ont été complétées des questions posées par la salle et de la sélection de questions posées par les internautes, *via* le site de l'ORS www.orsnpdc.org.

Territoire concerné

La région Nord – Pas-de-Calais.

Principaux résultats

Le débat a eu lieu Jeudi 31 janvier de 14h00 à 18h30, au Nouveau Siècle, 8 place Mendès France, à Lille.

200 personnes se sont inscrites en ligne, sur le site Internet de l'ORS.

250 personnes ont participé physiquement au débat : 20 % d'usagers, 20 % de professionnels de santé, 6 % d'élus, 54 % d'autres profils non précisés.

Le débat s'est tenu autour de quatre intervenants, dont deux « extérieurs » à la région :

- Laurent Davezies, Professeur d'aménagement à l'Université Paris-Val de Marne. Il enseigne l'économie et le développement territorial.
- Victor G. Rodwin, Professor of Health Policy and Management. Robert F. Wagner Graduate, School of Public Service, New York University. Expert international des politiques de santé.
- Jean Louis Salomez, Professeur de Santé publique au CHRU de Lille et Président de l'ORS Nord – Pas-de-Calais.
- Olivier Lacoste, Géographe, Directeur de l'ORS Nord – Pas-de-Calais.

La journée été animée par Jean-Michel Lobry.

Partenaires associés

Le Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais.

La Voix du Nord.

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 termes d'analyse et de prospective au service de la prise de décisions.

Matériel

SIGORS est développé sur la base du logiciel Géoconcept qui a changé de version en 2008 (de 6.1 à 6.5). 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.

Activités 2008

En 2008, la recherche, la collecte, l'organisation et le traitement des données à caractère géographiques qui font partie des activités permanentes liées à SIGORS, ont été poursuivis.

SIGORS a ainsi contribué à enrichir les thématiques explorées par l'ORS en répondant aux besoins d'analyse spatiale et de production cartographiques, notamment sur :

- les diagnostics territoriaux élaborés par l'ORS et qui accompagnent les projets de maisons de santé pluridisciplinaires ;
- la synthèse réalisée par la FNORS sur les maladies transmissibles ;
- le répertoire transfrontalier des acteurs de santé ;
- le début de constitution d'une cartothèque pour la Fédération de Recherche en Santé Mentale ;
- l'élaboration de fonds de cartes pour le projet COSPH (Comparison of Santé/Public Health) ;
- l'analyse « écologique » des principales professions de santé liées à la cancérologie ;
- les demandes extérieures provenant des acteurs de santé de la région.

Cancer

- **A1-** Évaluation des projets relevant de l'axe prévention de la politique santé du Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais *P 21*
- **A2-** Évaluation des projets relevant de l'axe cancer de la politique santé du Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais *P 25*
- **A3-** Enquête sur la perception et la connaissance du cancer dans le Nord – Pas-de-Calais, 2007 *P 28*
- **A4-** Pour une ethnographie des patients atteints de cancer en Nord – Pas-de-Calais *P 31*
- **A5-** Les systèmes locaux de prise en charge des cancers *P 33*

A1- Évaluation des projets relevant de l'axe prévention de la politique santé du Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais

Contexte

Le présent rapport traite de l'évaluation de la politique de santé du Conseil Régional dans le cadre des actions financées dans l'appel à projets 2007. Ce travail analyse l'ensemble des actions financées par le Conseil Régional en 2007 provenant du site de l'appel à projets sur l'ensemble de la politique de prévention.

Objectifs

Cette évaluation avait pour objectifs de :

- décrire les actions financées par la politique de prévention du Conseil Régional ;
- comprendre la vision des porteurs de projets sur les actions et recueillir leurs perceptions de la politique de prévention existante.

Méthode utilisée

Parmi les 1 245 projets déposés en 2007 sur le site de l'appel à projets commun, 164 ont été uniquement financés par le Conseil Régional, soit environ 13,2 % d'entre eux.

Sur ces 164 projets, 127 (soit environ 77,4 %) avaient été tirés au sort (informatiquement) pour la réalisation de ce bilan (évaluation en amont de la mise en place ou de la réalisation complète ou en cours des projets).

Les projets retenus concernent 8 programmes des 12 axes de travail du PRSP Nord – Pas-de-Calais ou des 10 axes de l'appel à projets 2007. N'ont pas été financés par le Conseil Régional les axes de l'appel à projets 2007 portant sur la qualité de vie des malades chroniques et la prévention envers les personnes âgées.

122 entretiens ont été réalisés sur 127 projets (96 %) :

- soit avec le responsable du projet ;
- soit avec l'équipe de coordination du projet.

Quelques projets ont nécessité des déplacements dans les locaux des porteurs, soit à leur demande, soit parce que la réponse à nos questions demandait la réponse collective d'une équipe, et d'une manière non avouée, parce que la nécessité de mettre un visage à un nom était présente dans la démarche des structures.

Concernant les deux projets pour lesquels il n'y a pas eu d'entretien, certaines données s'y rapportant ont été récupérées dans le fichier de l'appel à projets 2007 fourni à l'ORS par le Conseil Régional.

Les problèmes liés à la non-réalisation des entretiens ont été de trois ordres :

- impossibilité de joindre la structure ayant déposé le projet (exemple : le téléphone était toujours sur répondeur et le message laissé par l'ORS n'a été suivi d'aucun rappel de la structure) ;
- manque de disponibilité du porteur de projet ;
- rendez-vous reporté plusieurs fois.

Au total 124 projets ont été analysés, soit 97,6 % des 127 projets tirés au sort. La répartition des thématiques de ces projets analysés se trouve dans le tableau 1 et la figure 1.

Tableau 1 : Nombre et pourcentage de projets retenus et analysés par thématique

	Nombre de projets	Pourcentage
Cancer	27	21,8
Alimentation	26	21,0
Addiction	21	16,9
Santé des Enfants et des Jeunes	14	11,3
PRAPS	12	9,7
Santé et travail	11	8,9
Santé et environnement	8	6,5
Risque Cardio-Vasculaire	5	4,0
Total	124	100,0

Source : Base de données AAPC 2007 du Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

CONDITIONS DES ENTRETIENS TELEPHONIQUES

- Les entretiens téléphoniques ont été réalisés de juillet à début octobre 2007. Le protocole prévoyait que chacun d'eux durerait de 20 à 30 minutes maximum. Mais il s'est avéré que certains entretiens ont débordé cette fourchette et monopolisé l'heure entière.
- Il s'agissait d'entretiens semi-directifs.
- Nous prenons un premier contact avec les porteurs de projets afin de leur présenter notre démarche et son objectif. Une fois leur consentement obtenu, un rendez-vous téléphonique était programmé. C'est à cette occasion que les porteurs de projets manifestaient le désir d'un rendez-vous face à face.
- Nous n'avons rencontré aucun refus direct de réponse. Lors des premières demandes d'entretiens, les porteurs de projets n'ayant pas reçu leur notification de financement étaient parfois hésitants.
- Dans 99 % des cas, les porteurs de projets ont été très coopératifs et intéressés par la démarche.
- Un seul d'entre eux nous a demandé si les résultats seraient diffusables.
- Même si notre mission est bien l'évaluation de la politique de santé menée par Conseil Régional, nous avons introduit une question sur les moyens mis en place par les porteurs afin d'évaluer leur action. Cela nous a permis d'avoir une idée globale de l'action et de définir des facteurs d'évaluation d'impact.

Territoire concerné

La région Nord – Pas-de-Calais.

Principaux résultats

Le Conseil Régional a défini 5 priorités qui sont la prévention, le dépistage, l'accès aux soins, l'accompagnement des malades et de leur entourage, le développement de la recherche et la promotion de la diffusion des connaissances et des pratiques.

L'aspect de l'accès aux soins fait l'objet d'un autre rapport de l'ORS, complémentaire à celui sur l'évaluation du plan cancer, développant le thème de l'« équipe type en oncologie », et d'un travail sur les équipements. Dans ce document, nous nous sommes focalisés sur les 3 autres priorités que sont la prévention, le dépistage et l'accompagnement.

Pour ce faire, nous avons distingué et regroupé les 124 projets en 3 types d'actions relevant :

- de la prévention ;
- du dépistage ;
- de l'accompagnement.

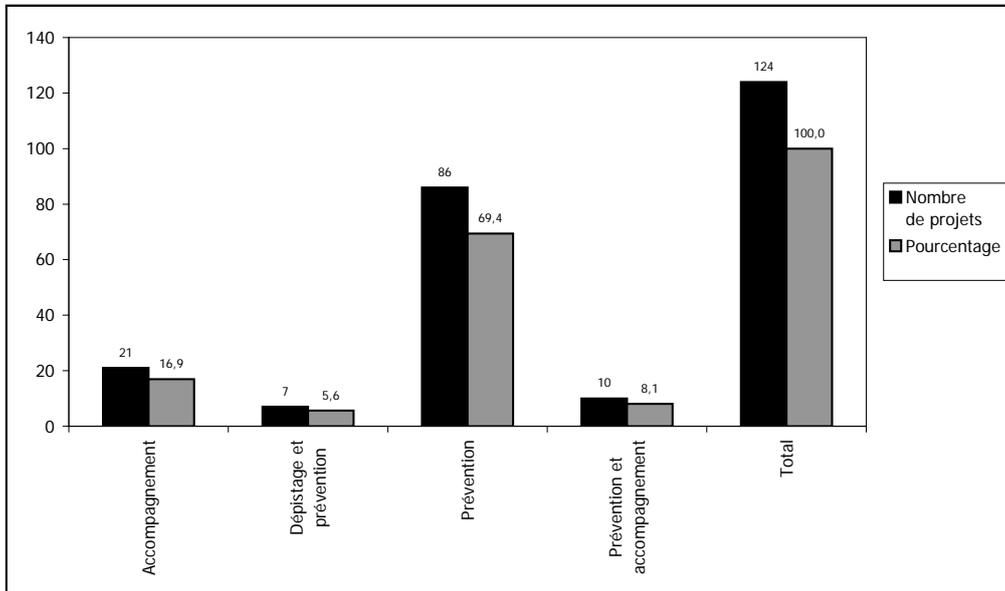
TYPES D' ACTIONS

On constate :

- une prédominance des actions de prévention, 81 % ;
- pour 7 % des projets, les actions concernent l'accompagnement, principalement pour le programme cancer ;
- sur 5 programmes, on retrouve des actions avec la double thématique prévention et accompagnement, 8 % ;

- une autre double thématique, prévention et dépistage, 3 %, concerne principalement des actions du programme cancer et une action fait partie du programme santé des enfants et des jeunes ;
- le dépistage n'apparaît jamais seul.

Figure 1 : Nombre et pourcentage de projets analysés par type d'action

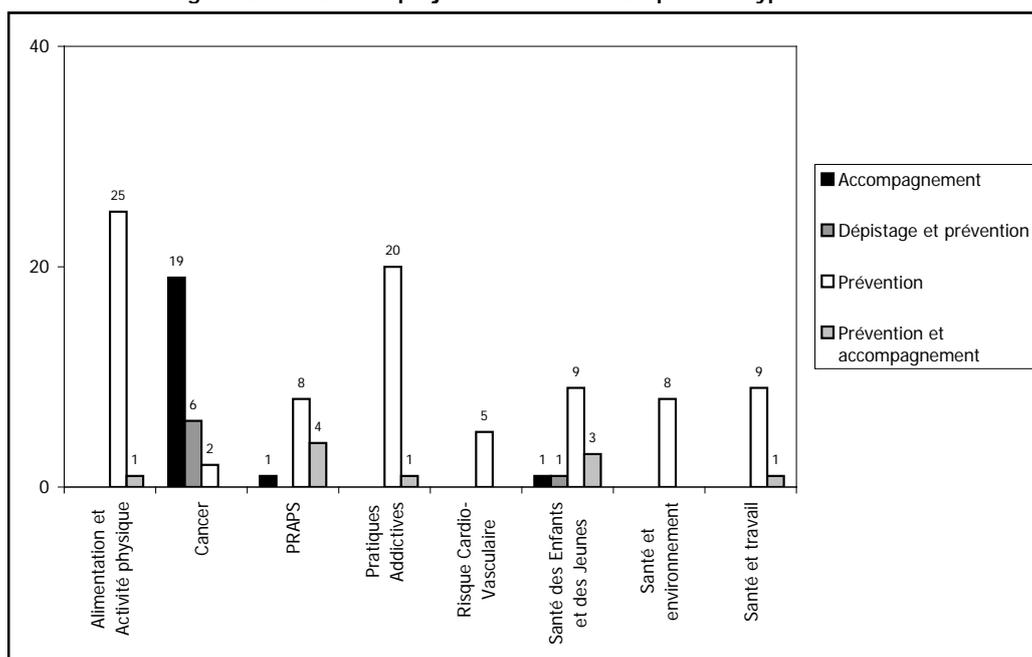


Source : Base de données AAPC 2007 du Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Le croisement des types d'actions et des programmes nous amène au constat suivant :

- La prévention est majoritaire, elle se retrouve dans tous les programmes, combinée à l'accompagnement dans 5 programmes sur 7, présente à 99 % dans les pratiques addictives et dans l'alimentation et activité physique ;
- C'est seulement dans l'axe cancer que l'accompagnement devient action à part entière, sans être conjugué avec une autre. Cet axe cancer est également au premier rang des thématiques financées par le Conseil Régional.

Figure 2 : Nombre de projets selon la thématique et le type d'action



Source : Base de données AAPC 2007 du Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Partenaire associé

Le Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais.

A2- Évaluation des projets relevant de l'axe cancer de la politique santé du Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais

Contexte

Le présent rapport traite de l'évaluation de la politique de santé du Conseil Régional dans le cadre des actions financées dans l'appel à projets 2007. Ce travail analyse l'ensemble des actions financées par le Conseil Régional en 2007 provenant du site de l'appel à projets sur l'ensemble de la politique de prévention.

Objectifs

Cette évaluation avait pour objectifs de :

- décrire les actions financées par la politique cancer du Conseil Régional ;
- comprendre la vision des porteurs de projets sur les actions et recueillir leurs perceptions de la politique existante pour le cancer.

Méthode utilisée

Parmi les 1 245 projets déposés en 2007 sur le site de l'appel à projets commun, 164 ont été uniquement financés par le Conseil Régional, soit environ 13,2 % d'entre eux.

Sur ces 164 projets, 127 (soit environ 77,4 %) avaient été tirés au sort (informatiquement) pour la réalisation de ce bilan (évaluation en amont de la mise en place ou de la réalisation complète ou en cours des projets).

Les projets retenus concernent 8 programmes des 12 axes de travail du PRSP Nord – Pas-de-Calais ou des 10 axes de l'appel à projets 2007. N'ont pas été financés par le Conseil Régional les axes de l'appel à projets 2007 portant sur la qualité de vie des malades chroniques et la prévention envers les personnes âgées.

Après vérification, au cours de la réalisation des entretiens, trois des projets ont été écartés de l'étude car leur financement était multiple et ne correspondait pas aux critères de financement fixés, à savoir « les actions financées uniquement par le Conseil Régional ».

Compte tenu du grand nombre de projets et du nombre limité d'intervenants chargés de la réalisation des entretiens (trois d'entre eux ayant quitté l'ORS), les trois projets écartés n'ont pas été remplacés.

Sur les 124 projets restants, les informations ont été recueillies par entretiens téléphoniques.

Au final 122 entretiens ont été réalisés sur 127 projets (96 %) :

- soit avec le responsable du projet ;
- soit avec l'équipe de coordination du projet.

Quelques projets ont nécessité des déplacements dans les locaux des porteurs, soit à leur demande, soit parce que la réponse à nos questions demandait la réponse collective d'une équipe, et d'une manière non avouée, parce que la nécessité de mettre un visage à un nom était présente dans la démarche des structures.

Concernant les deux projets pour lesquels il n'y a pas eu d'entretien, certaines données s'y rapportant ont été récupérées dans le fichier de l'appel à projets 2007 fourni à l'ORS par le Conseil Régional.

Les problèmes liés à la non-réalisation des entretiens ont été de trois ordres :

- impossibilité de joindre la structure ayant déposé le projet (exemple : le téléphone était toujours répondeur et le message laissé par l'ORS n'a été suivi d'aucun rappel de la structure) ;
- manque de disponibilité du porteur de projet ;
- rendez-vous reporté plusieurs fois.

Au total, pour le plan cancer, 84 projets ont été pris en compte et analysés, soit environ 69 % des entretiens de projets réalisés et analysés.

Territoire concerné

La région Nord – Pas-de-Calais.

Principaux résultats

Le Conseil Régional a défini 5 priorités qui sont la prévention, le dépistage, l'accès aux soins, l'accompagnement des malades et de leur entourage, le développement de la recherche et la promotion de la diffusion des connaissances et des pratiques.

L'aspect de l'accès aux soins fait l'objet d'un autre rapport de l'ORS, complémentaire à celui sur l'évaluation du plan cancer, développant le thème de l'« équipe type en oncologie », et d'un travail sur les équipements. Dans ce document, nous nous sommes focalisés sur les 3 autres priorités que sont la prévention, le dépistage et l'accompagnement.

Pour ce faire, nous avons distingué et regroupé les 84 projets en 4 thématiques et 3 types d'actions relevant :

- de la prévention ;
- du dépistage ;
- de l'accompagnement.

Les thématiques santé et environnement et santé et travail ont été regroupées en une seule, santé environnement et santé travail, d'où les 4 thématiques suivantes :

- cancer ;
- alimentation et activité physique ;
- pratiques addictives ;
- santé environnement et santé travail.

Le tableau 2 et la figure 3 montrent la répartition des projets par thématique et par type d'action.

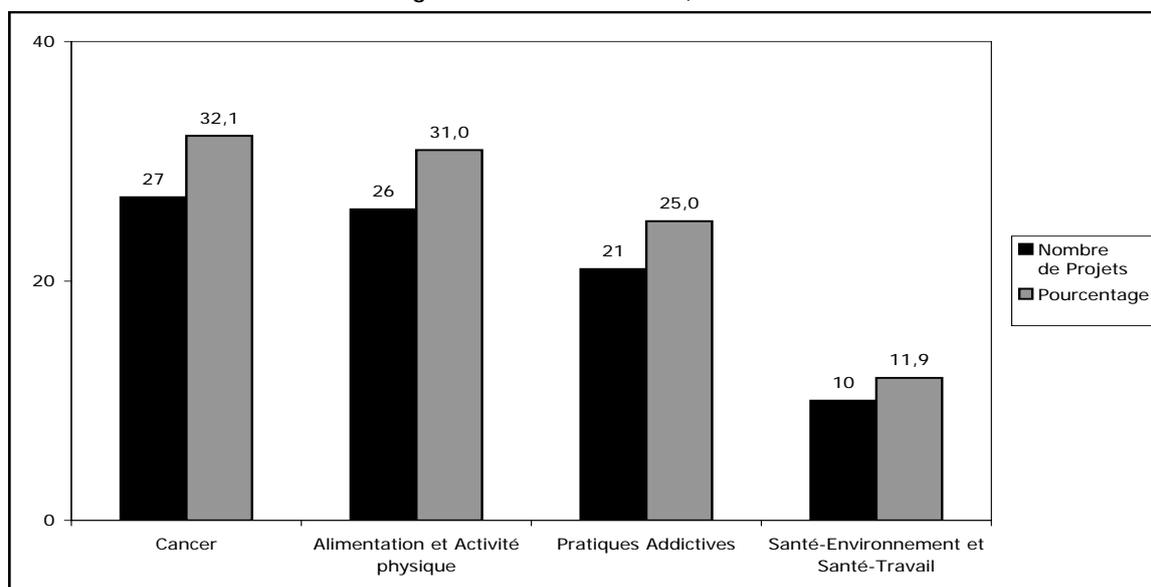
Tableau 2 : Nombre et pourcentage de projets du plan cancer, selon la thématique, région Nord – Pas-de-Calais, en 2007

	Nombre de Projets	Pourcentage
Cancer	27	32,1
Alimentation et Activité physique	26	31,0
Pratiques Addictives	21	25,0
Santé-Environnement et Santé-Travail	10	11,9
Total	84	100,0

*Source : Base de données AAPC 2007 du Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais.
Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.*

La thématique santé environnement et santé travail semble être peu utilisée pour les problèmes de cancer dont tout laisse à penser qu'ils y sont peu abordés bien que l'on ignore les raisons de cette désaffection.

Figure 3 : Répartition du nombre et du pourcentage de projets du plan cancer, selon la thématique, région Nord – Pas-de-Calais, en 2007



Source : Base de données AAPC 2007 du Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

TYPES D' ACTIONS

Les projets cancer, au nombre de 84, se répartissent en trois types d'actions, accompagnement, dépistage et prévention, avec des combinaisons telles que dépistage-prévention et prévention-accompagnement.

On constate :

- une prédominance des actions de prévention, environ 65,5% ;
- pour 21 % des projets, les actions concernent l'accompagnement, principalement pour la thématique cancer. Ce type d'action est porté le plus souvent par les structures associatives, même si l'action se situe à l'hôpital ;
- sur 5 projets, on retrouve des actions combinées : prévention et accompagnement, 6 % ;
- une autre combinaison d'actions, prévention et dépistage, se trouve liée à 6 autres projets du plan cancer, soit environ 7 % ;
- **le dépistage n'apparaît jamais seul.**

Tableau 3 : Nombre et pourcentage de projets du plan cancer, selon le type d'action, région Nord – Pas-de-Calais, en 2007

	Total	Pourcentage
PREVENTION	55	65,5
ACCOMPAGNEMENT	18	21,4
DEPISTAGE et PREVENTION	6	7,1
PREVENTION et ACCOMPAGNEMENT	5	6,0
Total	84	100,0

Source : Base de données AAPC 2007 du Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Partenaire associé

Le Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais.

A3- Enquête sur la perception et la connaissance du cancer dans le Nord – Pas-de-Calais, 2007

Contexte

Depuis 2007, un Plan Régional de Lutte contre le Cancer vise à faire reculer la maladie trop présente dans le Nord – Pas-de-Calais. Pour mesurer l'efficacité de cette ambitieuse politique, le Conseil Régional a souhaité ajouter un indicateur novateur parmi ceux plus classiques (suivi d'occurrence, taux d'équipements ou nombre de professionnels de santé), la perception des habitants de la région sur le cancer.

Quel est le niveau de « contact » des habitants avec la maladie ? Connaissent-ils les moyens de l'éviter, de la traiter ? Quelle est leur vision de la prise en charge du cancer dans la région ?

À partir de ces questions, l'Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais a réalisé une enquête inédite, dont la vocation est de suivre l'évolution de la perception et du rapport de chacun à la maladie.

1 861 personnes directement sollicitées ont accepté de participer à la première édition de l'enquête et d'être destinataires des prochains questionnaires. Elles constituent donc un panel, dont le but n'est pas d'être représentatif de la population mais d'être un témoin de l'évolution de la perception et du rapport au cancer.

Il s'agissait donc de cerner la perception, par une population, des effets d'une politique au fil de sa mise en application. Pour permettre la reproduction régulière de l'enquête, le support Internet a été choisi pour ses qualités pratiques évidentes : réactivité de l'outil et maîtrise des coûts garantissent de pouvoir conserver facilement le contact avec le panel de répondants.

Objectifs

Afin de pouvoir mieux adapter l'action aux publics exposés au cancer à la fois en matière de prévention et de soins, il est indispensable de cerner le sentiment de la population sur le cancer dans la région. Cette enquête entre dans le cadre des travaux réalisés sur le Plan Cancer Régional en 2007, pour le Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais, et devrait permettre un aperçu de la connaissance du cancer par la population de la région.

La recherche, dans l'environnement social des répondants, de personnes atteintes du cancer, l'identification du lien avec la personne atteinte de cancer par l'intermédiaire des catégories sociales de relations, et la caractérisation de la connaissance du cancer, aussi bien dans le cadre de la prévention que de la prise en charge, permettent de mesurer le cheminement accompli et celui qu'il reste à accomplir.

Cette enquête sur le cancer dans le Nord – Pas-de-Calais doit permettre aux institutions régionales de mieux connaître le rapport que les habitants entretiennent avec cette pathologie, afin de mieux orienter la lutte contre ce fléau.

Méthode utilisée

L'enquête en quelques points

1- Proposition par l'ORS, au Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais, de mener une enquête sur les perceptions et connaissances d'une personne de l'entourage atteinte de cancer. Cette enquête, permet par la même occasion d'identifier les attentes de la population et son degré de satisfaction par rapport aux actions régionales de Santé publique.

2- Définition des objectifs de l'enquête.

3- Réalisation d'une pré - enquête auprès d'un échantillon de population non internaute permettant de recueillir les items possibles pour un échantillon d'internautes.

4- Sélection des items de l'enquête :

- ✓ 15 critères « A propos de vous »,
- ✓ 13 critères par rapport au cancer,
- ✓ 15 critères sur la connaissance du cancer et,
- ✓ 4 critères sur la prise en charge du cancer dans la région.

5- Définition de la méthode d'échantillonnage.

6- Choix du mode de passation du questionnaire : l'enquête se fera *via* Internet.

- 7- Construction du questionnaire.
- 8- Conception de la plaquette d'accompagnement.
- 9- Lancement de l'enquête sur Internet.
- 10- Clôture de la collecte des réponses au bout de 10 semaines. Début de l'exploitation des données.

Territoire concerné

La région Nord Pas-de-Calais.

Principaux résultats

LE CANCER ET VOUS

CONNAISSANCE D'UNE PERSONNE ATTEINTE DE CANCER OU QUI L'A ÉTÉ DANS LES TROIS DERNIÈRES ANNÉES

La question sur la connaissance d'une personne atteinte ou qui a été atteinte de cancer au cours des trois dernières années, touche, en plus du domaine de la maladie, celui de la relation entre les personnes. Cependant, elle ne permet pas de mesurer l'implication affective de la personne répondante, bien que dans le questionnaire, d'autres items permettent la mesure de sa satisfaction sur la gestion de la maladie par les professionnels de santé. Cette étude permet tout de même de percevoir l'implication affective, en tenant compte de la distance relationnelle du répondant avec la personne atteinte. Dès les premiers résultats, on constate que seuls 19 % des répondants déclarent ne connaître aucune personne atteinte ou qui a été atteinte de cancer ces trois dernières années. Ce premier résultat laisserait supposer l'importance du phénomène Cancer dans la région. 82,1 % des hommes déclarent connaître une personne atteinte de cancer ou qui l'a été au cours de ces trois dernières années versus 79,6 % des femmes. La différence entre hommes et femmes, pour cette déclaration, n'est pas significative statistiquement ($p = NS$).

Tableau 4 : Répartition par sexe de la population d'enquête, selon la connaissance ou non d'une personne atteinte de cancer ou qui a été atteinte de cancer ces trois dernières années

Sexe	Non	Oui	Total
Homme	17,9%	82,1%	100%
Femme	20,4%	79,6%	100%
Total	345	1449	1794
	19,2%	80,8%	100%

Source : Enquête Cancer dans la région, ORS Nord – Pas-de-Calais. $p = NS$

S'il n'existe pas de différence entre hommes et femmes, pour le fait de connaître une personne atteinte de cancer ou l'ayant été au cours des trois dernières années, l'analyse selon les classes d'âges montre que ce sont les répondants âgés de 15 à 29 ans qui déclarent le moins connaître une personne atteinte de cancer ou qui a été atteinte de cancer ces trois dernières années. Cette différence entre les âges est statistiquement significative ($p = 0,004$).

Tableau 5 : Répartition par classe d'âges de la population d'enquête, selon la connaissance ou non d'une personne atteinte de cancer ou qui a été atteinte de cancer ces trois dernières années

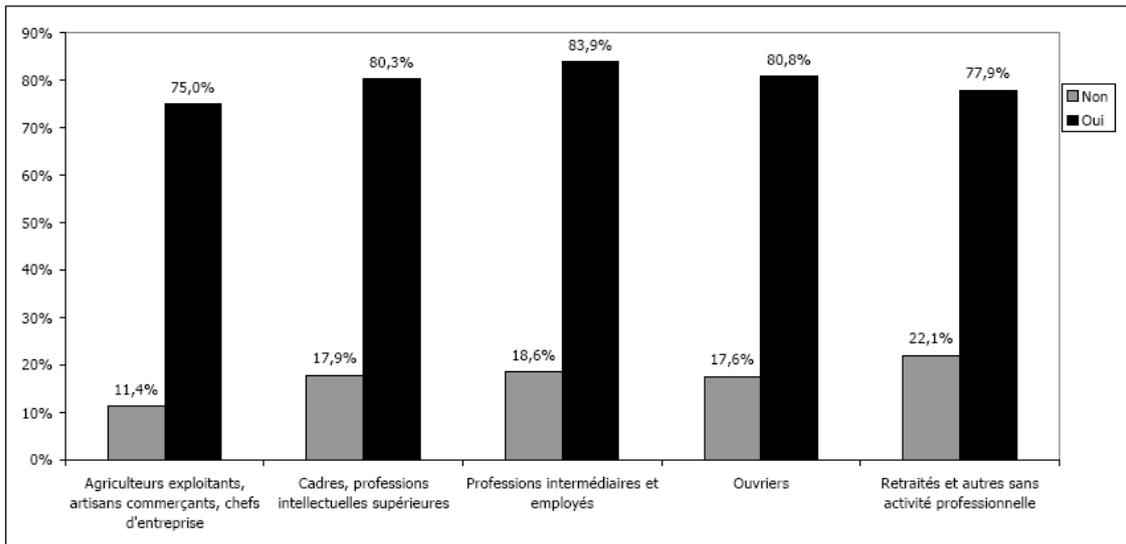
Age	Non	Oui	Total
15-29 ans	25,0%	75,0%	100%
30-49 ans	19,7%	80,3%	100%
50 ans et plus	16,1%	83,9%	100%
Total	345	1 449	1 794
	19,2%	80,8%	100%

Source : Enquête Cancer dans la région, ORS Nord – Pas-de-Calais. $p = 0,004$

75 % des agriculteurs exploitants et artisans commerçants, chefs d'entreprise déclarent connaître une personne atteinte de cancer ou qui l'a été ces trois dernières années. Ils sont 80,3 % des cadres et professions intellectuelles supérieures, 83,9 % des professions intermédiaires et employés, 80,8 % des ouvriers et 77,9 % des retraités et autres sans activité professionnelle. C'est donc parmi les agriculteurs exploitants et artisans commerçants, chefs d'entreprise que les personnes enquêtées déclarent le moins connaître une personne atteinte de cancer ou qui l'a été au cours de ces trois dernières années.

La différence de déclaration entre les catégories socioprofessionnelles n'est pas significative statistiquement ($p = NS$).

Figure 4 : Répartition de la population d'enquête, selon la catégorie socioprofessionnelle et la connaissance ou non d'une personne atteinte de cancer ou qui a été atteinte de cancer ces trois dernières années



Source : Enquête Cancer dans la région, ORS Nord – Pas-de-Calais. $p = NS$

La suite du questionnaire interroge sur la personne connue comme atteinte de cancer ou l'ayant été au cours des trois dernières années. Le recul de trois ans étant considéré comme un temps moyen pour éviter un problème de mémorisation, les événements antérieurs à cette période n'ont pas été investigués. Les informations ont été recherchées sur :

- la détermination de la relation sociale de la personne identifiée comme atteinte de cancer ou l'ayant été ;
- la description de son état de santé ;
- l'identification de la satisfaction perçue : traitement, délais de prise en charge, accompagnement lors de la maladie, informations et conseils reçus, soutien et aide psychologique ;
- les types de professionnels de santé en contact ;
- la catégorie de la personne qui a principalement assuré le suivi de la maladie.

Partenaire associé

Le Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais.

A4- Pour une ethnographie des patients atteints de cancer en Nord – Pas-de-Calais

Contexte

L'évaluation du plan régional de lutte contre les cancers est prévue selon deux champs distincts. Le premier, basé sur l'évaluation des actions, repose sur l'analyse de quelques actions déposées et financées dans le cadre de l'appel à projets. Le second champ, plus ambitieux, a pour objectif de définir d'un point de vue global « l'impact » –c'est-à-dire la réception– de cette politique régionale de santé.

Une étude auprès de la population semble donc être une bonne opportunité pour répondre à ces objectifs très larges, puisqu'elle est la première concernée par cette politique régionale. En effet, que vivent les malades et les proches qui les entourent ? Sont-ils informés / conscients des efforts de la région en matière de santé sur le Nord – Pas-de-Calais ? Les patients atteints de cancer et leurs proches ont-ils des besoins spécifiques sur la région ? Qui sont-ils vraiment ?

Objectifs

POURQUOI UNE ETHNOGRAPHIE ?

Pour répondre à cette problématique, plusieurs outils sociologiques peuvent être déployés, tels que les entretiens, les questionnaires, les focus-group... Mais un outil semble plus pertinent dans le cas présent. Il s'agit de l'approche ethnographique.

Méthode utilisée

LE CENTRE OSCAR LAMBRET, UN LIEU IDEAL POUR DEBUTER

Pour ethnographier une structure ou des personnes, il est important d'avoir de bonnes conditions d'accueil, et un moyen « d'entrer sur un terrain ». Le Centre Oscar Lambret à Lille présente ces deux conditions pour une telle étude. Cet établissement est en outre un centre régional de cancérologie, ce qui signifie non seulement qu'il y a beaucoup de patients qui fréquentent ce lieu, mais aussi que les cas traités y sont les plus divers. Puisque nombre de visages et de maladies y sont représentés, le cadre est donc favorable à une approche microsociologique.

LES PRINCIPALES LIMITES

Recueillir des « matériaux » sur un « terrain » (vocabulaire ethnographique) ne peut jamais se réaliser sans quelques limites. Aussi, il ne faut pas oublier que le chercheur est « suspendu » à l'expression des patients, particulièrement sur les terrains de la salle d'attente ou des couloirs ; et qu'il est possible de n'avoir que très peu de matériaux par ces deux approches.

Aussi, quelle que soit la situation, il est indispensable que le chercheur reste dans une dynamique de recherches, et pas de découvertes. Cela signifie, entre autres, qu'il doit être « actif » dans chaque situation.

Enfin, pour ce qui est de suivre des bénévoles dans les couloirs, cette action nécessite une implication plus grande auprès d'un réseau de personnes, et plus auprès d'une seule personne.

Premiers résultats

Les résultats atteints lors de la première phase réalisée en 2007 portaient autour de trois champs : la représentation, l'expérience et la gestion de la maladie. Voulant approfondir ce sujet d'étude, une autre enquête a été menée en 2008 pendant deux mois consécutifs. Il s'est agi d'observer des patients en consultation de radiothérapie. L'ethnographie a permis ici de rendre compte de nouvelles pratiques sociales.

En effet, tous les patients atteints de cancer sont aujourd'hui « responsabilisés » soit au cours du traitement, soit à propos de leurs pratiques passées et à venir. Même si cette notion pourrait être largement réfléchie, elle induit des comportements atypiques, surtout pour des patients qui ont une activité professionnelle dans le milieu de la santé ou pour ceux dont un parent a déjà contracté la maladie.

Ces personnes ont la certitude que la médecine n'est pas une science exacte. Leur expérience prouve même qu'elle gère –notamment en oncologie– des risques et des probabilités. Cela ne les met pas en situation de confiance. Ainsi cherchent-elles à accumuler un savoir. Les unes se basent sur des expériences singulières, et les autres ont recours aux multiples discours présentés sur Internet. Mais dans tous les cas, ces patients avancent leur savoir pour « dominer » le personnel médical. Plus largement, le rapport de domination est inversé entre le patient et le professionnel de santé, ce dernier étant au service du premier.

Pour ces patients atteints de cancer, la maladie devient alors un « outil » au service de leur propre personne : outil de démythification de la médecine ou outil de relation sociale, la maladie est alors l'unique objet d'attention de ces personnes. Sans vouloir caricaturer, l'observation a aussi montré qu'à l'inverse, la grande majorité des patients vivaient leur maladie de manière plus commune avec une « soumission » totale à l'équipe médicale.

Cet essai de typologie ne peut être envisagé sans regarder comment chaque patient se situe entre la confiance et le doute en l'avenir, entre la fantasmagorie et le réalisme de la maladie, et encore entre l'acceptation et le déni de la réalité. De manière imagée, chaque patient place un curseur entre ces « bornes ». Et lorsque la responsabilisation est vécue dans l'acceptation décrite ci-dessus, ces indicateurs se situent aux extrêmes.

Territoire concerné

La région Nord – Pas-de-Calais.

Partenaires associés

Le Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais.
Le Centre Oscar Lambret à Lille.

A5- Les systèmes locaux de prise en charge des cancers

Contexte

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.

Cette étude s'inscrit donc dans une demande d'expertise du Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais auprès de l'Observatoire Régional de la Santé afin d'accompagner la mise en œuvre de son plan régional contre le cancer et fait suite à une première étude portant sur les systèmes territoriaux de prise en charge des cancers en Nord – Pas-de-Calais.

Objectif

La prise en charge des patients touchés par le cancer nécessite l'implication de plusieurs métiers de la santé. Que ce soit en effet au stade du traitement, de l'accompagnement, ou encore du suivi du malade, l'interdisciplinarité et la transversalité apparaissent comme des éléments majeurs d'une prise en charge efficace du malade. Qu'en est-il réellement sur le terrain ? La répartition spatiale des professions de santé va-t-elle dans ce sens ou obéit-elle à des logiques différentes, pouvant être en contradiction avec cet objectif. C'est ce que cette étude a tenté d'examiner.

Méthode

Notre méthodologie s'inspire de l'analyse écologique. Elle vise en effet à examiner au sein d'un territoire que nous apparentons à des « niches écologiques », l'association spatiale de différentes professions de santé susceptibles d'intervenir dans la prise en charge du cancer.

Parmi l'ensemble des professions de santé répertoriées dans le répertoire ADELI, 37 d'entre elles ont été retenues dans cette étude. Ce choix, déjà validé dans une étude de l'ORS Nord – Pas-de-Calais¹, correspond à la liste des professions nécessaires à la constitution d'une équipe de prise en charge optimale des patients atteints de cancer. Les données proviennent du répertoire ADELI et concernent les professionnels de santé en exercice au 1^{er} janvier 2005.

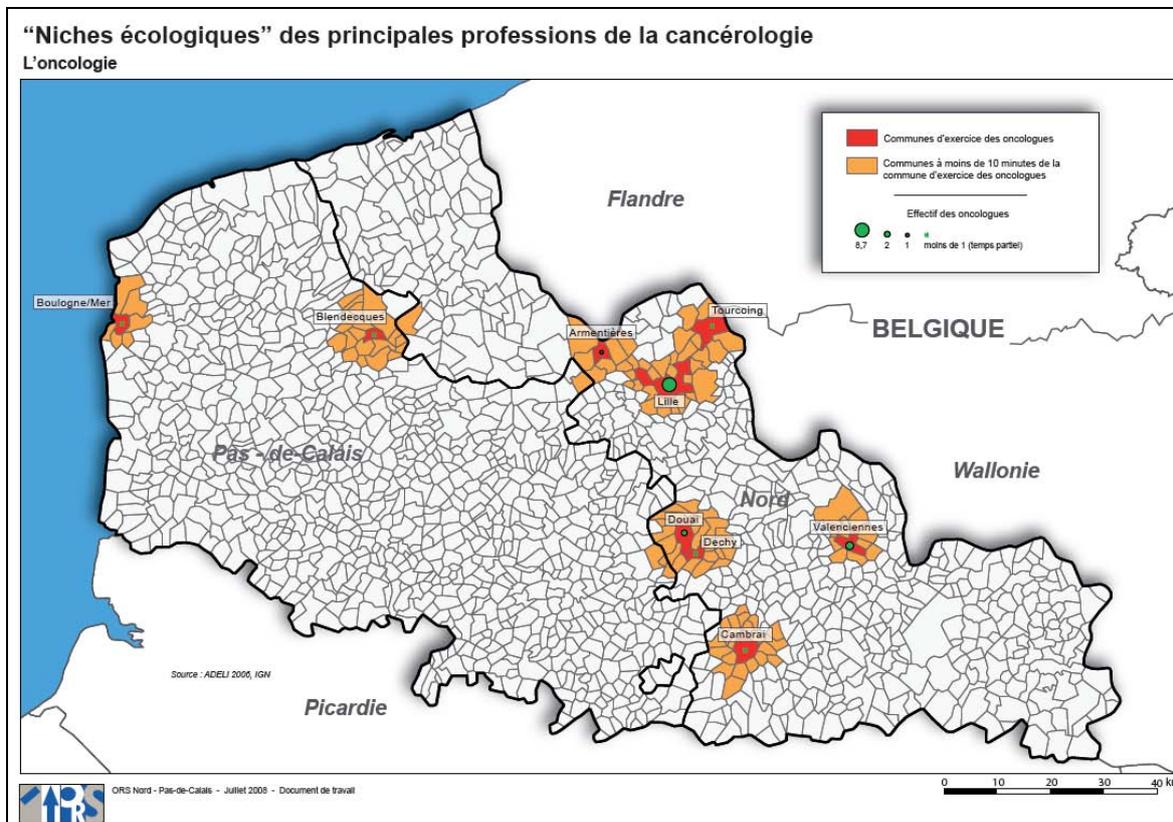
CHOIX DES DISCIPLINES ET CONSTITUTION DES NICHES ECOLOGIQUES

Dans un premier temps, nous avons souhaité centrer notre analyse autour de l'oncologie médicale, l'oncologie radiothérapie, l'onco-hématologie et la médecine nucléaire ; 4 disciplines majeures dans la prise en charge et le traitement du cancer.

Les niches écologiques de chacune de ces 4 disciplines (oncologie médicale, oncologie radiothérapie, onco-hématologie, médecine nucléaire) correspondent à un isochrone de « 10 minutes ou moins » autour des communes d'implantation des spécialistes. (Cf. carte des niches écologiques de l'oncologie médicale).

¹ Les systèmes territoriaux de prise en charge des cancers en Nord - Pas-de-Calais

Figure 5



Territoire concerné

La région Nord – Pas-de-Calais.

Principaux résultats

Il ressort nettement que pour chacun des 4 métiers de la cancérologie (médecine nucléaire, oncologie radiothérapie, oncologie médicale et hématologie), la majorité des 36 autres métiers de la santé constituant l'équipe de prise en charge optimale du cancer est présente (quel que soit leur effectif) dans chacune des niches écologiques.

Par ailleurs, il existe une « cohabitation » importante entre la médecine nucléaire et l'oncologie radiothérapie. En termes d'équivalent temps plein, pour la plupart des métiers de l'équipe optimale type, les niches écologiques concentrent au moins la moitié des effectifs régionaux. Cependant, leur poids démographique diminue considérablement lorsque les niches écologiques de Lille ne sont plus prises en compte, montrant ainsi la forte polarisation de Lille.

Tableau 6 : Poids des professions de santé au sein des différentes niches écologiques (oncologie médicale, médecine nucléaire, oncologie radiothérapie et hématologie)

	Oncologie médicale		Oncologie radiothérapique et radiothérapie		Médecine nucléaire		Hématologie	
	Ensemble	Hors Lille	Ensemble	Hors Lille	Ensemble	Hors Lille	Ensemble	Hors Lille
Anatomie et cytologie pathologique	85,7	27,1	90,1	31,5	83,8	25,2	80,8	22,1
Anesthésio-réanimation	67,7	27,6	75,3	36,3	71,5	32,6	65,1	25,0
Chirurgie générale	62,3	25,1	71,0	34,4	67,8	31,1	56,4	19,2
Chirurgie ophtalmologique	61,8	28,9	69,1	37,3	61,2	29,4	54,8	21,8
Chirurgie ORL	67,6	32,3	71,9	37,9	67,4	33,4	58,9	23,6
Chirurgie Orthopédique et traumatologique	50,9	32,1	64,9	46,1	60,2	41,4	43,6	24,7
Chirurgie plastique et reconstruction	69,2	-	92,3	23,1	84,6	15,4	69,2	-
Chirurgie stomatologue	69,7	38,7	74,2	43,3	62,8	31,8	54,0	23,0
Chirurgie thoracique et cardiaque	83,5	13,0	83,5	13,0	91,8	21,3	91,8	21,3
Chirurgie urologique	51,9	25,5	65,5	39,1	68,7	42,3	50,7	24,2
Chirurgie viscérale	60,4	23,0	73,0	35,5	68,6	31,2	63,2	25,8
Chirurgiens-Dentistes	43,5	22,9	49,8	29,7	44,5	24,3	36,8	16,2
Dermato-vénérologie	64,5	28,9	72,3	37,0	64,4	29,1	58,0	22,3
Endocrinologie et métabolisme	69,7	30,8	74,9	36,8	68,7	30,6	62,5	23,5
Ergothérapeute (hors cadres)	41,3	19,3	51,4	29,6	49,3	27,5	35,0	13,0
Gastro-Entérologie hépatologie	58,0	32,0	70,8	45,2	64,5	38,8	51,1	25,1
Gynécologie médicale	58,2	26,6	65,4	34,6	61,6	30,8	52,8	21,1
Gynécologie Obstétrique	63,5	34,0	70,8	42,5	64,5	36,2	56,3	26,9
Hématologie	95,1	24,9	95,1	24,9	95,1	24,9	100,0	29,8
Infirmiers (hors cadres hors psy)	55,1	27,6	64,3	37,6	59,8	33,2	50,3	22,8
Manipulateur ERM (hors cadre)	58,5	27,5	74,0	43,5	69,2	38,8	56,0	24,9
Masseurs-Kinésithérapeutes (hors cadres)	41,6	22,3	49,5	30,7	45,4	26,6	37,0	17,6
Médecin biologiste	68,1	17,1	71,9	20,9	68,0	17,0	64,9	13,9
Médecins généralistes	43,3	24,0	49,9	30,9	45,0	26,0	37,8	18,5
Médecins nucléaire	70,6	9,9	94,0	37,9	100,0	43,9	70,6	9,9
Néphrologie	70,8	47,8	81,4	58,4	76,0	53,1	54,1	31,1
Neurochirurgie	96,8	8,4	97,9	9,5	96,8	8,4	96,8	8,4
Neurologie	70,8	22,4	85,7	37,4	80,5	32,3	71,8	23,3
Oncologie radiothérapique radiothérapie	77,0	27,6	100,0	56,0	87,1	43,2	67,9	18,4
Oncologue médicale	100,0	47,6	87,0	34,6	71,9	19,5	71,9	19,5
Orthophonistes	44,7	23,8	47,9	27,4	43,4	22,9	38,2	17,3
Pédiatrie	69,7	27,7	79,0	37,4	73,7	32,1	67,2	25,2
Pharmaciens (hors officines.)	55,2	26,7	61,5	33,8	56,5	28,8	50,2	21,7
Pneumologie	61,5	35,4	69,3	43,5	61,5	35,7	55,8	29,8
Psychiatrie	61,3	28,7	55,3	22,9	49,5	17,1	48,1	15,6
Radio diagnostic et imagerie médicale	56,3	25,0	67,5	38,1	60,7	31,3	50,9	19,7
Rhumatologie	64,1	28,7	77,7	42,3	72,2	36,8	57,6	22,3

Source : DRESS - DRASS - ADELI - FINISS. Répertoire ADELI des Professions Médicales et Paramédicales en exercice au 1/1/2005 – Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Partenaire associé

Le Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais.

Santé - environnement

- **B1-** Cancer, Inégalités Régionales, Cantonales et Environnement (CIRCE)
Phase II *P 39*
- **B2-** Programme de surveillance des effets sur la santé liés à la pollution atmosphérique
en milieu urbain dans 9 villes françaises (PSAS). Contribution de l'ORS Nord – Pas-de-Calais
au pôle lillois *P 42*
- **B3-** Le cancer dans la Communauté d'Agglomération de la Porte du Hainaut et dans la Commu-
nauté de Communes du Cœur d'Ostrevent *P 44*
- **B4-** Imprégnation par le plomb chez les enfants autour d'une centrale thermique d'électricité
dans les communes d'Hornaing, Erre et Helesmes (Nord) *P 46*

B1- Cancer, Inégalités Régionales, Cantonales et Environnement (CIRCE) Phase II

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 infrarégionales 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 risque environnementaux.

Objectifs

La phase I du projet pluriannuel CIRCE a conduit à la publication, dans chacune des quatre régions, d'un atlas de la mortalité par cancer¹.

En 2008 a débuté la phase II du projet qui poursuit la collaboration avec les trois ORS et avec l'INERIS afin :

1. d'affiner les analyses géographiques de la mortalité : extension de la période d'étude pour augmenter la puissance d'analyse pour les cancers les plus rares et pour étudier les variations spatiotemporelles pour les cancers les plus fréquents, comparaison des trois régions limitrophes ;
2. de construire des indicateurs d'exposition aux déterminants environnementaux : une première approche consistera à utiliser les bases de données disponibles, par exemple EPER (émissions industrielles), BASIAS (sols), CORINE LAND COVER (données d'usage du sol), INSEE (recensement), et à analyser les inégalités socio-spatiales d'exposition ;
3. d'envisager la faisabilité d'analyser la relation, à l'échelle cantonale, de ces déterminants avec la mortalité.

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 deux 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 2008 a permis de cartographier, sur un fond de carte commun, les SMR² par canton des quatre régions en standardisant des taux de mortalité de différentes localisations cancéreuses sur la mortalité de la France métropolitaine.

Territoires concernés

Les régions Nord – Pas-de-Calais, Picardie, Rhône-Alpes et Ile-de-France.

Résultats

Les résultats obtenus dans ce travail permettent de comparer sur un fond de carte commun la mortalité cantonale des quatre régions impliquées dans le projet.

¹ Atlas de la mortalité par cancer dans la région Nord – Pas-de-Calais (1991–1999), 2007.

² Standardized Mortality Ratios.

La mortalité par cancer augmente à mesure que l'on remonte vers le Nord. Elle touche en premier lieu les cantons de la région Nord – Pas-de-Calais, et plus particulièrement les hommes (cf. cartes ci-contre). Les secteurs ayant une surmortalité élevée par rapport à la France se situent dans les cantons appartenant à l'ancien bassin minier (Valenciennes, Douai, Lens, Béthune), au Cambrésis, à Lille et ses alentours, ainsi qu'aux abords des zones portuaires (Dunkerque, Boulogne-sur-Mer, Etaples). En revanche, une zone de sous-mortalité se dessine au sud-ouest de la région parisienne ainsi que dans plusieurs ensembles de cantons de la région Rhône-Alpes.

L'accroissement de la surmortalité du sud vers le Nord est particulièrement net en ce qui concerne les cancers liés à la consommation excessive d'alcool (œsophage, larynx, lèvre cavité buccale pharynx). Le Nord – Pas-de-Calais et la Picardie apparaissent comme les régions les plus touchées par ce type de cancer.

Par ailleurs, les résultats du projet CIRCE ont pu être valorisés par deux présentations au congrès national des ORS (Marseille, octobre 2008). La première (soumise par l'INERIS avec le concours des quatre ORS) a présenté l'ensemble du projet CIRCE et la seconde, le travail en commun réalisé par les quatre ORS sur l'analyse spatiale de la mortalité par cancer.

L'INERIS a réalisé de son côté différentes cartes d'exposition environnementale des populations :

- Indice de pollution domestique à partir de CORINE LAND COVER ;
- Indice de pollution industrielle à partir de BASIAS (sites et sols pollués) ;
- Indice d'exposition aux pressings ;
- Indice d'exposition aux émissions industrielles à partir de EPER ;
- Exposition professionnelle au bruit (indice de salariés touchés) ;
- Exposition professionnelle – travail de nuit.

Partenaires associés

ORS Ile-de-France.

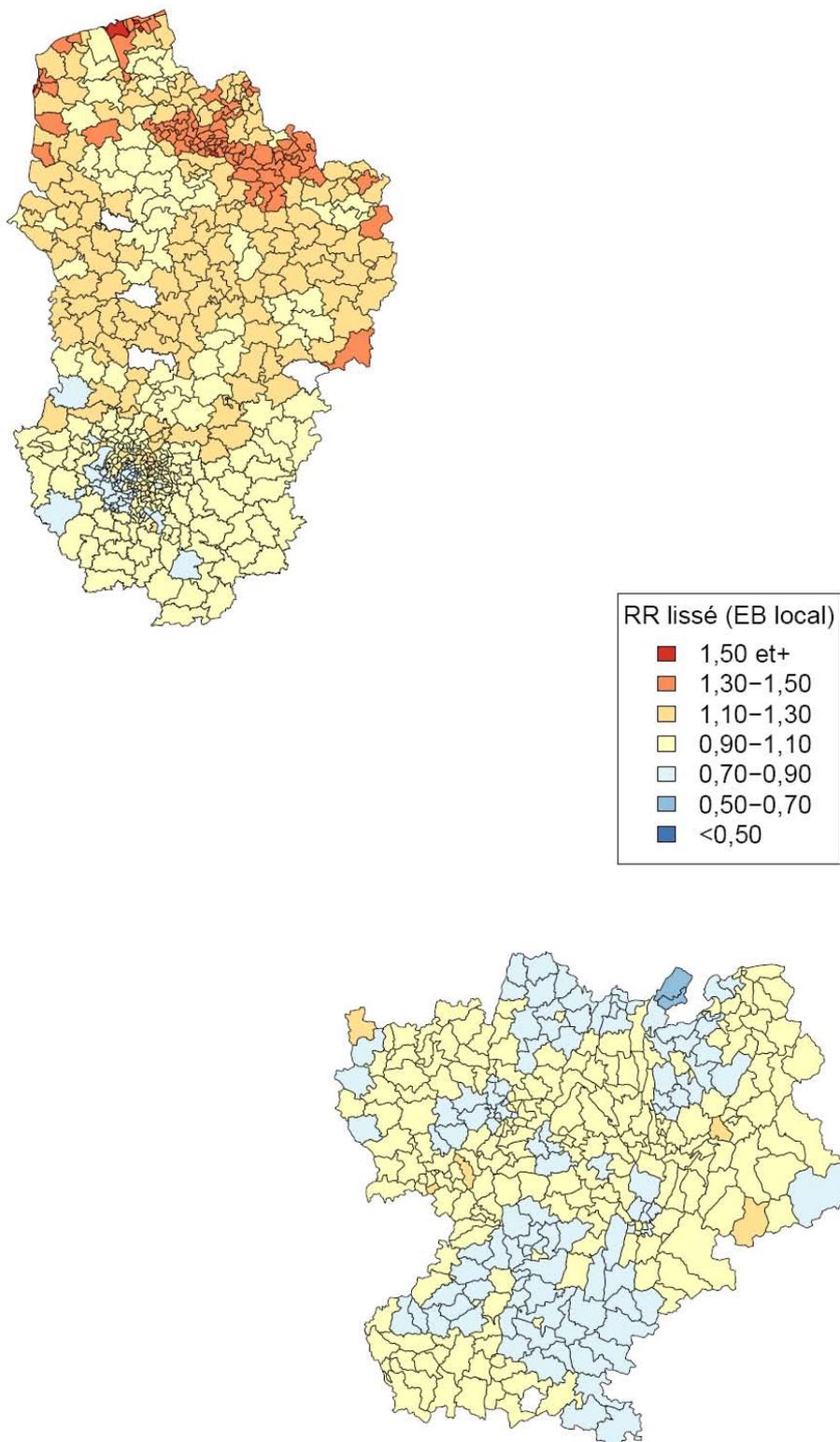
ORS Picardie.

ORS Rhône-Alpes.

Institut National de l'Environnement industriel et des RISques.

Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais.

Figure 6 : Risque relatif de mortalité par canton :
ensemble des tumeurs malignes, hommes, 1991–1999



Source : Cepidc – Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais, ORS Ile-de-France, ORS Picardie ORS Rhône-Alpes.

B2- Programme de surveillance des effets sur la santé liés à la pollution atmosphérique en milieu urbain dans 9 villes françaises (PSAS). Contribution de l'ORS Nord – Pas-de-Calais au pôle lillois

Contexte

L'Institut de Veille Sanitaire coordonne le programme PSAS, initié en 1997 et relatif au développement d'activités de surveillance épidémiologique des effets sur la santé de la pollution atmosphérique. Le réseau PSAS repose en particulier 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 (ATMO Nord – Pas-de-Calais), 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 prêter le concours de deux chargés d'études, Hélène Prouvost et le docteur Christophe Declercq, afin de faire bénéficier le programme de leur expertise dans le domaine et, en particulier, d'assurer un soutien technique à la CIRE Nord et à l'épidémiologiste chargé localement de la mise en œuvre du PSAS.

Objectifs

Sur le plan opérationnel, les activités du programme PSAS ont été organisées en 2008 autour de 3 axes :

- surveillance des liens à court terme entre pollution atmosphérique et santé : étude des effets à court terme des polluants atmosphériques sur la mortalité, visant en particulier à distinguer l'effet des particules fines (PM_{2,5}) et des particules grossières (PM_{2,5-10}), études et analyses préalables à l'éventuelle utilisation des données de consommation médicamenteuse pour l'étude des liens à court terme entre pollution atmosphérique et morbidité ;
- étude des effets sanitaires des expositions chroniques à la pollution atmosphérique : développement d'un partenariat avec l'équipe de la cohorte GAZEL et analyses exploratoires sur la localisation des participants à la cohorte, participation au groupe de travail *contaminants des milieux* du projet ELFE ;
- valorisation de l'expertise du programme PSAS, soutien technique aux tutelles et partenaires, diffusion d'informations dans le domaine air et santé : rédaction d'un document présentant les concepts et méthodes de l'évaluation de l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique urbaine.

Méthode utilisée

- Veille bibliographique sur les indicateurs sanitaires (données d'activité hospitalière et de mortalité), les indicateurs d'exposition à la pollution atmosphérique et la méthodologie statistique, et identification de publications, d'ouvrages ou de guides méthodologiques pertinents.
- Contributions à la revue EXTRAPOL (analyses critiques de la littérature internationale).
- Participation aux réunions des comités technique et de pilotage locaux du programme PSAS.
- Participation aux réunions nationales pour l'élaboration des objectifs, des protocoles et des rapports PSAS.
- Collaboration dans les travaux épidémiologiques du programme PSAS en particulier expertise, analyses statistiques et modélisations.
- Collaboration dans les travaux épidémiologiques des programmes européens.
- Communication : participation à la rédaction d'articles ou de rapports, participation à la communication locale (réunions de présentation des résultats).

¹ Association pour la Prévention de la Pollution Atmosphérique.

² Cellule InterRégionale 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.

Territoire concerné

Lille Métropole Communauté Urbaine.

Principaux résultats

Dans le cadre de la mission dévolue à l'ORS, l'activité 2008 s'est particulièrement développée autour des axes mentionnés ci-dessous.

EXPERTISE DANS L'UTILISATION DU LOGICIEL R

Les chargés d'étude de l'ORS ont pu faire bénéficier l'ensemble de l'équipe du programme PSAS de leur expertise dans le maniement du logiciel R, en particulier en ce qui concerne les règles de base de l'utilisation du logiciel, les références bibliographiques utiles pour la prise en main du logiciel, les extensions et l'interface avec les différents types de données, et la pratique de la modélisation. Enfin, C. Declercq a participé à un module de formation pour les stagiaires PROFET de l'InVS sur la surveillance épidémiologique en septembre 2008.

SOUTIEN TECHNIQUE DE L'ÉPIDÉMIOLOGISTE DU PÔLE LILLOIS

Les chargés d'études ont apporté leur soutien technique à l'épidémiologiste chargé de la coordination du pôle lillois, tant dans l'analyse statistique des données et leur interprétation, que dans la communication locale des résultats : groupe santé du PRQA¹ (juin 2008), conférence invitée dans le cadre de la journée « Une nouvelle ère pour notre air », organisée par ATMO Nord – Pas-de-Calais à Lille en février 2008.

Plus globalement, ils ont pu apporter leur expertise dans le domaine étudié sous la forme d'un point de vue critique aux différentes phases du projet.

PARTICIPATION AUX RÉUNIONS DE COORDINATION NATIONALE DU PROGRAMME

Les chargés d'études de l'ORS ont participé activement aux réunions de coordination nationale du projet, qui ont permis la définition des objectifs, l'élaboration des protocoles et des stratégies d'analyse.

REDACTION DE RAPPORTS ET D'ARTICLES

Les chargés d'études de l'ORS ont participé à la rédaction de rapports², de publications³ et de communications orales⁴, qui ont été préparés dans le cadre du programme.

Partenaires associés

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

¹ Plan Régional de la Qualité de l'Air.

² Programme de surveillance air et santé. *Analyse des liens à court terme entre pollution atmosphérique urbaine et mortalité dans neuf villes françaises*. Saint-Maurice : Institut de Veille Sanitaire, 2008.

Programme de surveillance air et santé. *Évaluation de l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique urbaine. Concepts et méthodes*. Saint-Maurice : Institut de Veille Sanitaire, 2008.

³ Host S, Larrieu S, Pascal L, Blanchard M, Declercq C, Fabre P, Jusot JF, Chardon B, Tertre AL, Wagner V, Prouvost H, Lefranc A. Short-term associations between fine and coarse particles and cardiorespiratory hospitalizations in six French cities. *Occup Environ Med* 2008 ; 65 : 544-51.

⁴ Lefranc A, Larrieu S, Jusot JF, Host S, Fabre P, Declercq C, Chatignoux E, Chardon B, Borrelli D. Pollution atmosphérique et mortalité : liens à court terme dans neuf villes françaises. Journées de veille sanitaire, Paris, Novembre 2008.

B3- Le cancer dans la Communauté d'Agglomération de la Porte du Hainaut et dans la Communauté de Communes du Cœur d'Ostrevent

Contexte

L'Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais a réalisé, à la demande du Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais, une étude visant à explorer les enjeux en santé environnementale dans le Bassin Minier Nord – Pas-de-Calais. Cette étude s'inscrivait dans la lignée des travaux réalisés antérieurement par l'ORS sur la santé dans le Bassin Minier¹. Elle cherchait à rassembler les données disponibles sur ce territoire en matière de santé et d'environnement, et à les analyser, en prenant en compte le point de vue des acteurs du territoire et en les confrontant aux connaissances scientifiques disponibles, sur le modèle d'une étude réalisée sur le territoire de la Communauté Urbaine de Dunkerque².

Objectifs

L'objectif final de cette étude était, soit de proposer des recommandations permettant de prendre en compte les enjeux en santé environnementale dans les politiques publiques quand les connaissances disponibles le permettaient, soit, dans le cas contraire, de recommander l'acquisition des connaissances nécessaires sur ces enjeux. Le territoire sur lequel portait cette étude a été défini à partir de la liste des communes adhérentes de l'Association des Communes Minières, en l'élargissant aux communautés d'agglomération et de communes dont font partie ces communes. Une première phase réalisée en 2006 avait pour objectif de dégager des axes prioritaires sur lesquels a porté l'étude détaillée publiée en 2007. Les axes prioritaires dégagés au cours de la première phase étaient les suivants :

- l'eau potable : problématique des nitrates ;
- le logement : logement indigne, intoxication au monoxyde de carbone, qualité de l'air intérieur, saturnisme infantile ;
- la qualité de l'air : émissions polluantes liées au trafic et aux activités industrielles (centrales thermiques) ;
- les sols et sous-sols pollués : enjeux de la remédiation ;
- la santé : cancers et maladies respiratoires ;
- la prise en compte de l'impact potentiel sur l'environnement et sur la santé des projets de développement du territoire.

Méthodes utilisées

Cette étude, à visée avant tout exploratoire, a été réalisée entre mars et septembre 2008. Nous nous sommes d'abord appuyés sur les résultats des études menées au niveau régional sur le sujet dans le cadre du programme de travail mis en œuvre par l'ORS Nord – Pas-de-Calais, avec l'appui du Conseil Régional. Nous avons complété cette première approche par une série d'entretiens avec une vingtaine d'acteurs du territoire (voir la liste détaillée dans la section *Remerciements* du présent document) : professionnels de santé hospitaliers et libéraux, élus, associations, experts.

Ces entretiens ont été réalisés sous forme semi-directive à l'aide d'un guide d'entretien visant à recueillir les préoccupations des acteurs rencontrés sur les questions suivantes :

- Y a-t-il beaucoup de cancers (cas ou décès) sur le territoire de la CAPH et/ou de la CCCO ?
- Beaucoup par rapport à la région ? Par rapport à la France ?
- S'agit-il d'un excès global ou existe-t-il des foyers avec des excès de cancers ?
- Les cas/décès de cancers ont-ils des caractéristiques particulières, en termes d'organe touché, de délai de recours aux soins, de gravité ?
- Quel est le rôle des différents déterminants : comportementaux, environnementaux, professionnels ?

¹ Lacoste O, Spinosi L, Declercq C, Tillard B, Tricart M. *L'état de santé dans le Bassin houiller du Nord – Pas-de-Calais*. Lille : Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais ; 1996.

Lepez S, Poirier G, Rengot M, Lacoste O, Brosh S. *Prospective et vieillissement de la population dans le Bassin minier*. Lille : Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais ; 2004.

² Prouvost H, Declercq C. *Santé et environnement : une exploration des enjeux sur le territoire de la Communauté Urbaine de Dunkerque*. Lille : Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais ; 2003.

- Quel est le rôle de la situation sociale, de l'accès au dépistage et aux soins ?
- Quels sont les besoins de connaissances et les actions à envisager ?

Les résultats des entretiens recueillis ont été confrontés aux travaux antérieurs de l'ORS évoqués ci-dessus, et, dans la mesure du possible et du temps imparti (équivalent de deux mois temps plein), à des analyses de données complémentaires, à l'échelle des deux intercommunalités et des communes qui les composent : ces analyses ont concerné principalement la mortalité et la participation aux campagnes de dépistage organisé. Enfin, ce travail a été complété par une revue de la littérature scientifique sur les thématiques abordées.

Territoire concerné

La Communauté d'Agglomération de la Porte du Hainaut et la Communauté de Communes du Cœur d'Ostrevent (21 communes et plus de 70 000 habitants).

Principaux résultats

Les principales conclusions de ce travail sont :

- l'existence sur le territoire de la CAPH et de la CCCO d'une forte surmortalité par cancers, en particulier chez les hommes, qui doit motiver une politique de prévention ambitieuse. À ce titre, il conviendrait de tenir compte des inégalités sociales qui représentent une forte résistance s'opposant souvent à l'efficacité des actions ;
- le poids des cancers des voies aéro-digestives et, chez l'homme, des cancers respiratoires, des cancers du poumon et, sur le territoire de la CAPH, des tumeurs malignes de la plèvre, en relation avec la présence, jusqu'en 1996, d'une industrie de l'amiante sur le territoire ;
- un constat unanime des acteurs du territoire pour reconnaître le poids de la situation sociale sur l'exposition aux facteurs de risque de cancers et sur les modalités d'accès au dépistage et aux soins, qui justifie de prendre en compte les inégalités sociales de santé dans la définition et l'évaluation des politiques publiques ;
- l'enjeu majeur que représentent pour ce territoire les cancers professionnels, que ce soit en termes de reconnaissance et de réparation des effets du passé (amiante entre autres) qu'en termes de prévention aujourd'hui ;
- la nécessité de documenter la présence d'amiante résiduelle dans l'environnement de Thiant-Prouvy (maisons, sols des jardins), afin de mieux connaître et de pouvoir limiter l'exposition environnementale à l'amiante ;
- l'intérêt d'évaluer l'impact cumulé sur l'exposition de la population aux polluants des émissions des sites industriels, dont la densité est forte sur le territoire, afin de permettre un débat public ouvert sur les stratégies de maîtrise des nuisances environnementales, dans une optique de développement industriel durable.

La santé n'est pas une des *compétences* pour lesquelles les deux intercommunalités ont aujourd'hui opté. Cependant, nous pensons que la santé est un enjeu majeur de développement pour ces deux territoires et que les deux collectivités pourraient jouer un rôle essentiel, d'une part pour concourir à ceci sur la base des seules *compétences* qui sont les leurs aujourd'hui et d'autre part, pour attirer l'attention des autorités sur les problématiques que nous avons évoquées, pour participer à la définition et à la mise en place des actions proposées, pour s'assurer de la mobilisation des moyens humains et matériels, et surtout pour renforcer le dynamisme, les collaborations et le travail en réseau des acteurs de santé publique du territoire.

Partenaires associés

Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais.
Communauté d'Agglomération de la Porte du Hainaut.
Communauté de Communes du Cœur d'Ostrevent.

B4- Imprégnation par le plomb chez les enfants autour d'une centrale thermique d'électricité dans les communes d'Hornaing, Erre et Helesmes (Nord)

Contexte et objectif

La Cellule InterRégionale d'Epidémiologie (CIRE) Nord a mis en œuvre une étude transversale sur l'imprégnation par le plomb des enfants scolarisés en école maternelle dans les communes d'Hornaing, Erre et Helesmes, dans le Nord, à proximité de la centrale de production d'électricité d'Hornaing. Cette étude a pour objectif d'évaluer la prévalence du saturnisme infantile (plombémie $\geq 100 \mu\text{g/L}$) et la distribution de la plombémie dans cette population d'enfants, et également d'étudier la relation entre la plombémie des enfants et la distance entre leur domicile et la cheminée principale de la centrale et les déterminants individuels associés à la plombémie.

Dans ce contexte, la CIRE Nord a demandé à l'ORS Nord – Pas-de-Calais, de lui apporter son appui dans la préparation du protocole de l'étude, dans l'analyse statistique des données de l'étude, dans la discussion des résultats et dans la rédaction du rapport. Le rapport présente les premiers résultats de l'analyse statistique des données de l'étude.

Méthodes utilisées

DONNEES

La CIRE Nord a transmis les données à l'ORS qui en a réalisé une analyse.

ANALYSE STATISTIQUE

L'analyse des données a été réalisée dans l'environnement R¹. En raison de la présence de résultats de plombémie inférieurs à la limite de quantification du laboratoire ($10 \mu\text{g/L}$), nous avons analysé la distribution de la plombémie et les variations de la plombémie selon les caractéristiques de la plombémie à l'aide de la méthode du maximum de vraisemblance pour données censurées à gauche², en faisant l'hypothèse d'une distribution log-normale de la plombémie. Nous avons utilisé pour cela le *package* NADA³ pour R, qui s'appuie sur le *package* survival⁴. Nous avons utilisé des fonctions splines pénalisées^{4, 5} pour modéliser de manière flexible les relations de la plombémie avec les variables numériques.

Territoire concerné

5 écoles maternelles situées dans les communes d'Hornaing, Erre et Helesmes, à proximité de la centrale de production d'électricité d'Hornaing.

Principaux résultats

Les niveaux de plombémie observés sont plutôt modérés par rapport à ce qui était attendu, et par rapport à ce qui avait été observé en 2006–2007, même si les modes de recrutement ne sont pas strictement comparables. La moyenne géométrique estimée des plombémies, $18 \mu\text{g/L}$, et leur étendue, de moins de $10 \mu\text{g/L}$ à $73 \mu\text{g/L}$, sont de l'ordre de grandeur observé lors des plus récentes études sur la prévalence du saturnisme en France⁶. En particulier, aucun enfant n'avait de plombémie égale ou supérieure à $100 \mu\text{g/L}$ et 5 enfants sur 240, soit 2,1 %, avaient une plombémie égale ou supérieure à $50 \mu\text{g/L}$.

¹ R Development Core Team. *R : A Language and Environment for Statistical Computing*. Vienna : R Foundation for Statistical Computing, 2008.

² Helsel DR. More than obvious : better methods for interpreting nondetect data. *Environmental Science and Technology* 2005 ; 39 : 419A-423A.

³ Lee L. *NADA : Nondetects And Data Analysis for environmental data*. R package version 1.5-1, 2008.

⁴ Therneau T, Lumley T. *survival : Survival analysis, including penalised likelihood*. R package version 2.34-1, 2008.

⁵ Eilers PHC, Marx BD. Flexible smoothing with B-splines and penalties (with comments and rejoinder) *Statist Sci* 1996 ; 11 : 89-121.

⁶ *Saturnisme. Quelles stratégies de dépistage chez l'enfant ?*. Paris : Les Éditions INSERM, 2008.

L'analyse des facteurs associés aux variations de la plombémie permet de retrouver le lien classiquement observé avec les caractéristiques de la famille et du logement. Après prise en compte de ces facteurs, l'analyse ne permet pas de mettre en évidence de lien entre plombémie de l'enfant et proximité du logement avec la cheminée principale de la centrale de production d'électricité. Dans la mesure où le mécanisme éventuel d'exposition de l'enfant, dans l'hypothèse d'un impact de l'activité de la centrale, n'est pas compris, il faut cependant considérer que la manière avec laquelle nous avons voulu approcher cet impact (distance cheminée-résidence) est assez grossière, même si le lien observé avec ce type d'analyse autour de fonderies de métaux non-ferreux est généralement convaincant¹.

Les variations de la plombémie selon l'école de l'enfant sont assez difficiles à interpréter, en l'absence d'éléments permettant d'indiquer l'existence de sources d'exposition particulières dans les écoles. Les écoles concernées par les plombémies en moyenne les plus élevées ne sont pas non plus les plus proches du site. Il faut sans doute prendre en compte les caractéristiques du recrutement des écoles, par exemple selon leur statut (public ou privé).

Enfin, il convient de garder en mémoire que la campagne de dépistage réalisée au printemps 2008 s'est déroulée après un net renforcement des contraintes réglementaires pesant sur la centrale, en particulier en ce qui concerne ses émissions (nouvel arrêté préfectoral de 2006). Ces contraintes ont conduit l'industriel à différentes mesures permettant d'obtenir une très nette réduction des émissions de poussières. L'analyse que nous avons réalisée ne permet pas de mettre en évidence un lien entre la plombémie de l'enfant et l'activité de la centrale. Elle ne permet cependant pas non plus d'exclure que les mesures prises par l'industriel et/ou la sensibilisation de la population au dépistage et à la prévention du saturnisme infantile menée par les médecins libéraux et la DDASS² aient pu avoir un effet bénéfique sur l'exposition de l'enfant.

Partenaire associé

CIRE Nord.

¹ Declercq C, Ladrière L, Brigaud T, Leclercq M, Haguenoer JM. *Programme de dépistage du saturnisme infantile autour du site METALEUROPE de Noyelles-Godault. Bilan de la campagne 2001-2002*. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2003.

² Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.

Santé et territoires

- **C1-** Mise en place d'un partenariat ORS Nord – Pas-de-Calais / CETAF *P 51*
- **C2-** INTERREG IVA France (Manche) – Angleterre
Zones côtières défavorisées, Inégalités sociales et de santé
Coastal Deprivation, Social and Health Inequalities (COSHIN) *P 54*
- **C3-** Accessibilité des professionnels de santé. Identification des bassins d'offre de soins pour une analyse à l'échelle des intercommunalités (Communautés Urbaines, Communautés d'Agglomérations, Pays) *P 57*

C1- Mise en place d'un partenariat ORS Nord – Pas-de-Calais / CETAF

Contexte

Les inégalités sociales de santé sont un phénomène largement connu et documenté dans la littérature épidémiologique et sociologique. Ces inégalités touchent particulièrement les catégories sociales les plus populaires. Cette situation a été mise en évidence à l'intérieur des régions, notamment dans le Nord – Pas-de-Calais. La mise en place de politiques territoriales de lutte contre ces inégalités implique la mise en œuvre d'études sur la cause de ces inégalités et les mécanismes d'apparition des problèmes de santé. Dans cette optique, l'ORS Nord- Pas-de-Calais et le CETAF (Centre Technique d'Appui et de Formation des centres d'exams de santé) ont établi un partenariat visant à exploiter au niveau infrarégional les données des centres d'exams de santé.

Objectifs

Cette étude a pour objectif d'étudier, au niveau géographique dans le Nord – Pas-de-Calais, les causes et les mécanismes des inégalités de santé : morbidité, facteurs de risque cancer, non-recours aux soins, mortalité. Elle a également pour finalité de valider le score EPICES en le confrontant aux indicateurs « écologiques » de défaveur sociale : les indices reconnus sur le plan international (Townsend, Carstairs...) et l'indicateur spécifique mis au point par l'ORS Nord – Pas-de-Calais.

Méthode utilisée

La base de données disponible rassemble les consultants des centres d'exams de santé (CES) de la région Nord – Pas-de-Calais, âgés de 16 ans et plus, ayant bénéficié d'un examen entre 2002 et 2007, soit au total 183 706 personnes dont 89 955 hommes (49 %).

ZONAGES D'ETUDE

Les zonages d'étude retenus sont la région et la zone d'emploi (ZE) après ajustements. En effet, 32 codes postaux sont associés à plusieurs ZE et ont été classés dans celle ayant le maximum d'habitants.

Au total, 15 ZE recouvrent la région. Les effectifs de consultants par zone d'emploi varient de $n = 387$ pour la ZE de Berck-Montreuil, soit un taux de participation de 0,4 %, à $n = 65 288$ pour la ZE de Lille (8,5 %).

La comparaison du nouveau zonage (en rouge) avec le découpage ZE d'origine de l'INSEE (en vert) est présentée sur la carte ci-contre. Les communes ayant changé de zones sont grisées ($n = 57$). Les deux zonages diffèrent peu et restent tout à fait comparables.



Au plan régional les résultats sont stratifiés par sexe, par classes d'âge (16-24, 25-44, 45-59, 60 ans et plus, tous âges) et par niveau de précarité selon le score EPICES (score ~ 30). Au niveau des zones d'emploi les résultats sont stratifiés par sexe et classes d'âge (16-24, 25-59, 60-74 ans et tous âges). Il faut noter qu'à cette échelle, étant donné la sous-représentativité de la population des 75 ans et plus, les résultats pour cette classe d'âge (75 ans et plus) ne devront pas être présentés.

REDRESSEMENT

La comparaison de la population des centres d'examen de santé avec la population générale du recensement de l'INSEE de 1999 fait apparaître la nécessité de redresser les données. Les répartitions de population par âge (au niveau régional et ZE) font ressortir une surreprésentation des sujets les plus jeunes et une sous-représentation des sujets de plus de 60 ans, en particulier pour les ZE de l'Artois-Ternois, Lens-Hénin et Béthune-Bruay.

Les répartitions par professions et catégories sociales (PCS) montrent une sous-représentativité des catégories agriculteurs et artisans-commerçants. En effet, ces catégories ne font pas l'objet du recrutement des CES (car hors régime général). Aussi ont-elles été exclues de la base de données. Les autres catégories sociales sont bien représentées.

Pour élaborer le redressement, nous avons finalement porté notre choix sur l'activité plutôt que sur la PCS, car les écarts (en points) y étaient plus importants, en particulier chez les hommes. De plus, les centres d'examen de santé ont pour mission de cibler certaines catégories de populations en particulier, dont les chômeurs et les inactifs. Par ailleurs, le fait que les chômeurs sont réaffectés par l'INSEE dans leur dernière PCS « brouille » quelque peu l'analyse. En effet, les écarts plus marqués entre les deux populations au sein de la catégorie « ouvriers » peuvent aussi être expliqués par la proportion plus importante de chômeurs dans cette catégorie.

En définitive il a été décidé que le redressement serait établi uniquement sur le croisement des variables SEXE * ACTIVITE, permettant ainsi de garder des effectifs suffisamment importants pour redresser les données dans chaque zone d'emploi, en particulier celle de Berck-sur-Mer qui présente de faibles effectifs de sujets.

Principaux résultats

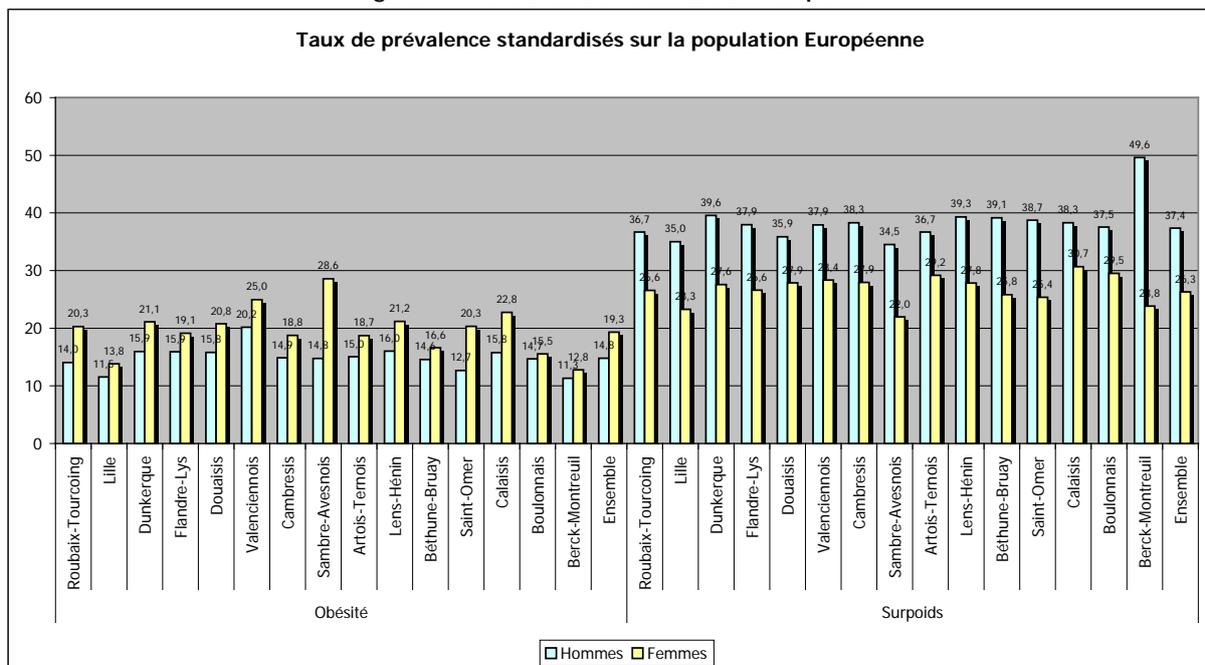
Le volet initial de l'exploitation des données CES visait à produire les indicateurs nécessaires à la réalisation par l'ORS Nord – Pas-de-Calais des « 50 et un indicateurs de santé ».

Les premiers résultats du traitement des données CES¹ à l'échelle des 15 zones d'emploi du Nord – Pas-de-Calais ont en priorité ciblé les indicateurs sur la consommation de tabac, de boissons alcoolisées (buveurs à risque), de psychotropes, la masse corporelle (maigre, poids normal, surpoids, obésité), la précarité (indicateur EPICES), les consultations au près du médecin généraliste et du dentiste (présence de caries), le suivi gynécologique (frottis), l'hypercholestérolémie, l'hyperglycémie et son traitement.

Pour chacun de ces indicateurs de santé ont été fournis les effectifs bruts de cas par ZE, sexe (hommes, femmes, ensemble) et classes d'âge (16-24, 25-59, 60-74, 75 ans et plus), les effectifs bruts totaux (ayant renseigné la variable étudiée), les taux de prévalence bruts, les taux de prévalence pondérés.

Les résultats concernant la prévalence du surpoids et de l'obésité au sein des zones d'emploi ont déjà été intégrés dans le volet portant sur l'alimentation de l'étude « 50 et un indicateurs de santé ».

Figure 7 : Prévalence de l'obésité et du surpoids



Source : CETAF, années 2002-2007 – Réalisation CETAF, ORS Nord – Pas-de-Calais.

Pour le second volet de l'étude sur le score EPICES, la base de données des indices de Townsend à l'échelle du codepostalbis a été communiquée au CETAF par l'ORS. Chaque sujet de la base de données disposait de son score EPICES au niveau individuel et de son indice de Townsend de résidence. La distribution des scores EPICES par classes d'indice de Townsend (quintiles ou déciles) a été étudiée (corrélations entre les deux indices). Ces résultats ont été présentés sur un poster à l'occasion du congrès national des ORS (Marseille, octobre 2008).

Partenaire associé

Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais.

¹ Consultants âgés de 16 ans et plus, résidant en région Nord – Pas-de-Calais et ayant bénéficié d'un examen de santé entre 2002 et 2007.

C2- INTERREG IVA France (Manche) – Angleterre Zones côtières défavorisées, Inégalités sociales et de santé *Coastal Deprivation, Social and Health Inequalities (COSHIN)*

Contexte

Ce projet est cofinancé par INTERREG IVA, un programme de l'Union Européenne financé par le fonds européen pour le développement régional et le Conseil régional Nord – Pas-de-Calais.

Dans le cadre du projet INTERREG IIIA COSPH¹, l'ORS Nord – Pas-de-Calais avait été sollicité par le CRESGE afin de mener les analyses comparatives de la mortalité entre le sud-est de l'Angleterre et le Nord – Pas-de-Calais à l'échelle du canton du côté français et de l'*Electoral Ward* du côté anglais. Dans la continuité de ce travail, l'ORS Nord – Pas-de-Calais s'est associé à l'équipe qui devait contribuer à la mise en œuvre du projet « *Coastal Deprivation, Social and Health Inequalities (COSHIN)* » axé sur les inégalités sociales de santé des populations habitant les zones côtières françaises et britanniques.

En effet, le programme INTERREG IIIA (www.cosph.com) sur la santé et les comportements de santé (conférence de juin 2007, université catholique de Lille) dans le Sud de l'Angleterre et le Nord – Pas-de-Calais a permis de pointer, d'une part, une plus grande proportion d'actifs appartenant à la catégorie ouvrière, et un taux élevé de chômage dans la partie côtière du Nord – Pas-de-Calais. D'autre part, le programme a permis de démontrer une surmortalité des cancers, en particulier du poumon, par rapport au reste de la région notamment dans les zones portuaires. Enfin, les régions côtières semblent présenter des problèmes d'accès aux généralistes et spécialistes plus importants qu'ailleurs. Au Royaume-Uni, les régions particulièrement défavorisées se situent le long de la côte. Par ailleurs, une analyse de la mortalité dans le comté du Kent montre une espérance de vie plus courte chez les populations résidant le long de la côte, essentiellement due à des cancers plus qu'aux maladies cardio-vasculaires².

Objectifs

Le projet propose de s'interroger sur les conséquences sur la santé de la vie dans les régions côtières ainsi que sur les moyens pour résoudre les inégalités auxquelles ces régions sont confrontées.

Les objectifs de la phase première dans la région INTERREG IVA Manche sont :

- De faire une revue de la littérature.
- D'établir la méthodologie pour les analyses et la cartographie des inégalités.
- De chercher plusieurs partenaires du secteur politique et en France.
- D'identifier les problèmes clés concernant les inégalités dans les régions côtières du littoral de la Manche.
- De développer le programme des visites d'échange pour la deuxième phase du projet.

Territoire concerné

Le projet se déroule dans les régions INTERREG IVA CHANNEL ce qui rend possible des analyses allant de la Cornouaille au Norfolk et du Finistère au département du Pas-de-Calais. À l'origine le projet était plus étendu et couvrait aussi les régions de l'INTERREG IVA 2 MERS qui partait de la région Nord – Pas-de-Calais et remontait au nord jusqu'à la région de Delft en Hollande.

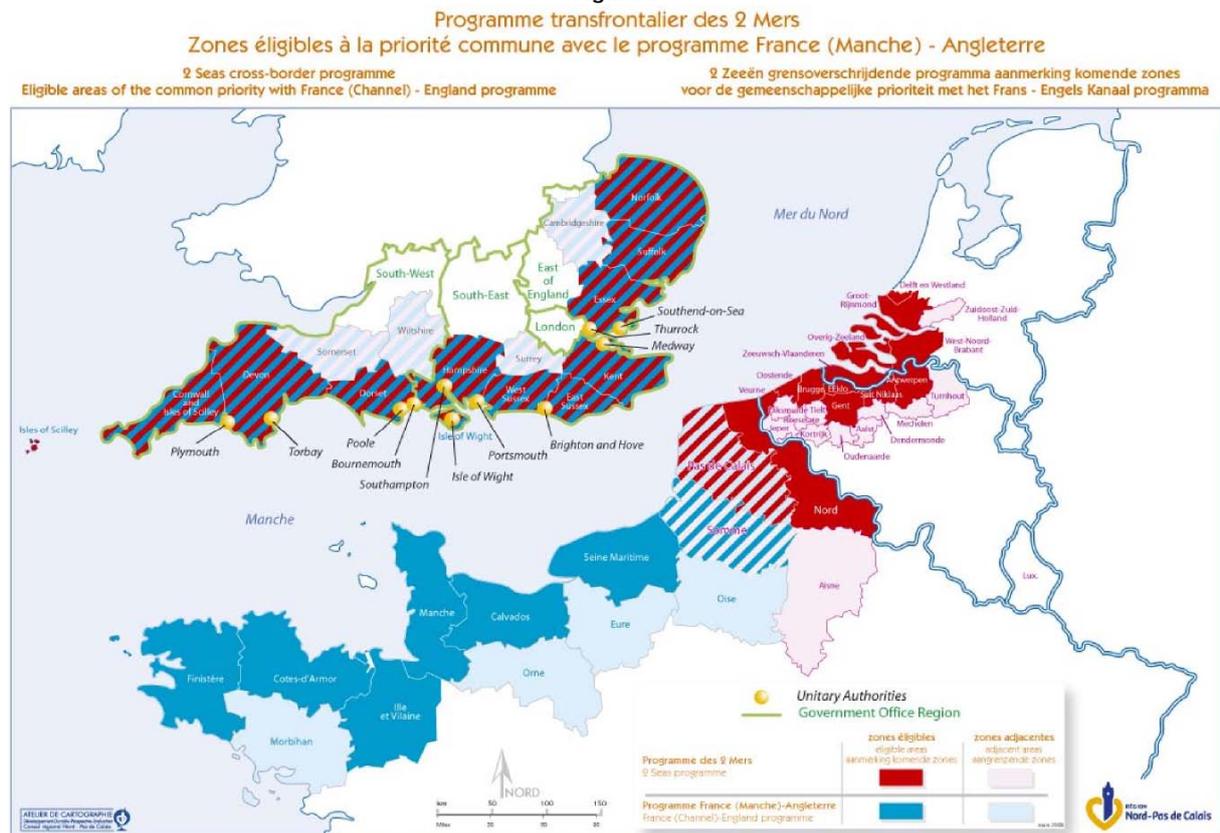
Le département du Pas-de-Calais étant un département limitrophe aux zones éligibles d'« INTERREG IVA France (Manche) – Angleterre », il a tout de même été possible d'envisager l'intégration de l'ORS Nord – Pas-de-Calais comme partenaire dans le projet « Coastal Deprivation, Social and Health Inequalities »(COSHIN).

¹ www.cosph.com

² Palmer A. Some analyses of inequalities in coastal regions in Kent and Medway. Presentation to Plymouth Conference April 2008.

En effet, la grande majorité¹ de la frange littorale du Nord – Pas-de-Calais se trouve située dans le département du Pas-de-Calais. Par conséquent, en travaillant exclusivement sur ce département, l'ORS Nord – Pas-de-Calais couvrira néanmoins la majeure partie de la zone littorale de la région Nord – Pas-de-Calais, permettant ainsi d'étendre les analyses du programme « INTERREG IVA Channel COSHIN » à la quasi-totalité du littoral du Nord de la France.

Figure 8



Principaux résultats

Le calendrier des ateliers de travail (*workshops*) prévus pour la mise en place de la méthodologie et les objectifs sont fixés pour les années 2009-2011.

Pour sa part, dans le cadre de la mise en place du projet, l'ORS Nord – Pas-de-Calais a déjà réalisé une présentation du littoral du Nord – Pas-de-Calais² (caractéristiques sociodémographiques, mortalité, offre de soins), lors de la conférence finale du projet COSPH (Université Catholique de Lille, 14 mars 2007). L'ORS a également participé en septembre et décembre 2007 aux deux ateliers de lancement du programme INTERREG IVA France (Manche/Channel) Angleterre (COSHIN) ainsi qu'à des réunions permettant de préciser les objectifs.

Enfin, une recherche bibliographique autour de la thématique du littoral a été menée mettant en relief la question du vieillissement et des mouvements de la population entre les zones côtières et l'arrière-pays.

¹ En 1999, la population de la partie nord du bassin de vie du littoral ne représente que 3,4 % de ce bassin de vie. Le littoral du Pas-de-Calais dispose de ports jouant un rôle régional et national important (Boulogne-sur-Mer, Calais). C'est aussi une zone où le trafic maritime transmanche est dense, bénéficiant du tunnel sous la Manche et proche du complexe industriel-portuaire de Dunkerque.

² Poirier G. 2007. COSPH Final Conference, Lille.

Partenaires associés

University of Kent Centre for Health Service Studies (CHSS).

University of Greenwich.

Kent County Council.

Cornwall County Council.

Waveney District Council.

ORS Picardie.

ORS Bretagne.

South west Public Health Observatory.

Université du Havre.

Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais.

C3- Accessibilité des professionnels de santé. Identification des bassins d'offre de soins pour une analyse à l'échelle des intercommunalités (Communautés Urbaines, Communautés d'Agglomérations, Pays)

Contexte

La région Nord – Pas-de-Calais se singularise par des besoins de soins plus importants qu'ailleurs au regard des principaux indicateurs de mortalité, et par une sous-représentation de professionnels médicaux, notamment en ce qui concerne les spécialistes, par rapport à la population à prendre en charge.

Pour cette étude, l'ORS a été chargé par le Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais de déterminer, selon une méthodologie qui lui est propre, les territoires pour lesquels les professionnels de santé sont les moins accessibles par la population.

Dans un contexte de déficit attendu des professionnels de santé, cette étude vise à déterminer au niveau régional des zones où l'accessibilité géographique au système de soins est la plus déficitaire à travers l'analyse de 16 professions. En effet, si l'« on conçoit que 30 minutes constituent le temps d'accès maximum à un service ou un commerce autre que de simple proximité »¹, il convient de déterminer les communes qui sont exclues de cette aire isochrone de 30 minutes autour des pôles d'offre de soins.

Les soins primaires étant plus dispersés sur le territoire au contraire des soins plus spécialisés qui se concentrent dans les grands pôles urbains, c'est par l'analyse de la répartition territoriale des professions les plus polarisées que seront déterminées les zones de moindre accessibilité.

Objectifs

- Disposer d'un contexte national sur la démographie des professionnels de santé pour mieux appréhender les résultats régionaux et infra-régionaux.
- Analyser la répartition spatiale des praticiens de 16 professions sur le territoire régional et mesurer leur accessibilité à la population.
- Constituer des zones de différentes accessibilités géographiques au système de soins sur notre panel de professions de santé pour identifier les territoires les plus problématiques.
- Étudier sur ces territoires le lien hypothétique entre moindre accessibilité géographique et indicateurs de mortalité.

Méthode utilisée

Afin de mesurer l'accessibilité de chaque commune vis-à-vis du système de soins, nous avons besoin de plusieurs types de données qui seront traitées sous SIGORS, le système d'information géographique de l'ORS :

- Le répertoire ADELI fourni par la DRASS Nord – Pas-de-Calais qui recense le lieu d'exercice de chaque professionnel de santé dont l'activité est déclarée auprès de sa préfecture.
- Les données de population au niveau communal fournies par l'INSEE et issues du Recensement Général de Population effectué en 1999 (RGP 1999). Ces données ont été modifiées puisque nous y avons rajouté la classe d'âge des 0 ans correspondant aux naissances de l'année 1999. Le rajout de cette classe permet d'approcher au plus près des estimations réalisées par l'INSEE pour l'année 2006 et disponibles uniquement au niveau régional (écart de -0,2 %), en attendant de disposer de prévisions plus fines au niveau communal sur lesquelles l'ORS travaille actuellement.
- Les données de modélisation du réseau routier disponibles dans SIGORS (fournies par l'IGN).
- Les données de mortalité (CépiDc de l'INSERM) nécessaires pour calculer les Indices Comparatifs de Mortalité (ICM) sur les zones d'égalité d'accessibilité que nous aurons déterminées.

¹ Cascalès J, Lacoste O. *Les polarisations urbaines en médecine de ville spécialisée*. Lille : Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais, 2002 ; 87 p.

Chaque profession est étudiée afin, d'une part, de mesurer ses éventuelles spécificités régionales par rapport à la France (densité, desserte, âge et renouvellement) et, d'autre part, d'analyser la répartition spatiale de ses praticiens.

Les professions sont divisées en deux catégories : polarisées si moins de 10 % des communes de la région dénombrent au moins un praticien, et non polarisées si plus de 10 % des communes dénombrent au moins un praticien.

- Les professions polarisées sont présentes en quasi totalité dans les pôles urbains de la région et sont donc réparties inégalement sur le territoire. À partir de ce constat, elles font donc l'objet d'une analyse en accessibilité afin de définir les zones les plus éloignées de l'offre de soins. Cela concerne les professions de chirurgien (hors spécialités), de gynécologue-obstétricien, d'anesthésiste-réanimateur, de pédiatre, d'ophtalmologue, de psychiatre, de cardiologue, de radiologue, de manipulateur ERM et de sage-femme.
- Les professions non polarisées, plus équitablement réparties sur le territoire régional, ne nécessitent pas d'étude en accessibilité puisque toutes les communes de la région non pourvues de ces professionnels de santé sont éloignées de moins de 30 minutes d'une commune où un professionnel exerce. Les professions non polarisées ne feront donc l'objet que d'une analyse classique par EPCI¹ au travers des indicateurs de densité et de desserte. Sont concernées les professions d'orthophoniste, de chirurgien-dentiste, de masseur-kinésithérapeute, de pharmacien, de médecin généraliste et d'infirmier.

L'analyse en accessibilité s'effectue *via* la constitution de pôles offreurs (communes contiguës dont l'offre en professionnels de santé est supérieure ou égale à 1). Ces pôles offreurs peuvent être principaux (au moins 5 professionnels) ou secondaires (au moins 3 professionnels). Des aires isochrones de 30 minutes par le réseau routier sont ensuite créées autour de ces pôles sous SIGORS, le système d'information géographique de l'ORS. Si une commune est comprise à au moins 50 % de sa surface dans cette aire isochrone, une valeur de 1 lui est attribuée, et ce pour chaque profession étudiée.

Une typologie des communes, en fonction de leur accessibilité, est ensuite réalisable pour chaque profession polarisée mais également de manière synthétique pour l'ensemble des professions polarisées. Afin de vérifier l'hypothèse selon laquelle les zones les plus éloignées pourraient connaître de plus mauvais indicateurs de mortalité, ces zones sont étudiées au regard de plusieurs indicateurs de mortalité : mortalité tous âges et toutes causes, mortalité prématurée toutes causes, mortalité prématurée évitable par des actions sur les risques individuels, et enfin, mortalité prématurée évitable par des actions sur le système de soins.

Territoire concerné

Si les chiffres de démographie médicale sont exploités sur la France entière afin d'apporter des éléments de contexte, une grande part des analyses est menée au niveau des intercommunalités de la région : Communautés Urbaines, Communautés d'Agglomérations et Pays.

Principaux résultats

ACCESSIBILITE

Ne sont exposés ici que les résultats synthétiques sur les professions polarisées ; on se reportera à l'étude pour les résultats profession par profession.

La région Nord – Pas-de-Calais ne présente pas de gros problèmes d'accessibilité puisque les principaux centres urbains sont accessibles par la grande majorité de la population régionale en moins de 30 minutes. Cela se confirme avec la mesure de l'accessibilité sur les professions de santé polarisées puisque 99,2 % de la population régionale a accès à au moins un pôle d'offre de soins en moins de 30 minutes.

¹ Etablissement Public de Coopération Intercommunale.

Tableau 7 : Accessibilité de la population régionale aux pôles offreurs au 1^{er} janvier 2006

Nombre moyen de pôles d'offre de soins accessibles en moins de 30 minutes	Nombre de communes	Part de la population régionale (%)
Moins d'1 pôle	107	0,8
1 et plus	1 439	99,2
2 et plus	1 235	95,5
3 et plus	1 006	89,7
4 et plus	823	78,6

Source : ADELI, DRASS Nord – Pas-de-Calais ; INSEE ; IGN – Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

À l'inverse, 107 communes pour 0,78 % de la population (31 579 personnes) ont accès à moins d'un pôle d'offre de soins en moyenne sur ces 10 professions. La majorité de ces communes (98 soit 82,1 % d'entre elles) sont des communes identifiées comme rurales dans le Zonage en Aires Urbaines effectué par l'INSEE ; ces communes sont toutes situées dans des Pays :

- Pays des Sept Vallées : 53 communes sur 107 pour 44,8 % de la population fragilisée.
- Pays du Ternois : 25 communes pour 24 % de la population.
- Pays de Sambre-Avesnois : 6 communes et 15,8 % de la population.
- Pays de l'Artois : 16 communes, 9,6 % de la population.
- Pays maritime et rural du Montreuillois : 7 communes hors accessibilité pour 5,9 % de la population.

Ces territoires sont les plus éloignés des centres urbains où se sont développées les spécialités médicales. La population de ces territoires est souvent dépendante de pôles d'offre de soins secondaires (Saint-Pol-sur-Ternoise, Hesdin, Marconne, Auchel) ou de praticiens relativement isolés pour accéder rapidement au système de soins.

Les zones territoriales très dépendantes d'un seul système de prise en charge (entre 1 et 2 isochrones de moyenne) représentent 3,7 % de la population sur 204 communes. C'est au sein de ces territoires que se situent les zones « à risque » puisque susceptibles de basculer dans une zone de moindre accessibilité si l'offre des pôles offreurs dont elles sont quasiment mono dépendantes venait à décliner. Le tableau ci-dessous présente pour chaque profession polarisée le pourcentage de la population hors accessibilité d'une part et celui de la population fragilisée d'autre part.

Tableau 8 : Part de la population fragilisée en termes d'accessibilité en moins de 30 minutes aux professions polarisées

Professions polarisées	Population régionale hors accessibilité (%)	Population régionale fragilisée (%)*
Chirurgie générale	0,87	1,55
Gynécologie-obstétrique	1,63	2,22
Anesthésie-réanimation	0,86	0,86
Pédiatrie	1,65	2,08
Ophthalmologie	2,39	2,39
Psychiatrie	1,50	1,78
Cardiologie	0,18	1,08
Radiologie	0,20	0,73
Electro-Radiologie-Médicale (ERM)	0,09	0,13
Sages-femmes	0,14	0,15

* Cumul de la population hors accessibilité et de la population sous mono dépendance d'un pôle secondaire.

Source : ADELI, DRASS Nord – Pas-de-Calais ; INSEE ; IGN – Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Enfin, le tableau suivant présente une synthèse de la dotation des EPCI en pôles d'offre de soins (sur les 10 professions polarisées) et de leur accessibilité aux pôles situés à l'extérieur de leur territoire.

Tableau 9 : Pôles offreurs et accessibilité synthétique par EPCI

Nom EPCI	Pôles offreurs de l'EPCI	Accessibilité aux pôles extérieurs	Population régionale (%)
C. A. d'Hénin-Carvin	Absence de pôle en gynécologie-obstétrique. Pôles secondaires en pédiatrie et ophtalmologie	++++	3,13
C. A. du Douaisis	1 pôle principal pour chaque profession polarisée	++++	3,85
C. A. de Lens-Liévin	1 pôle principal pour chaque profession polarisée	++++	6,26
C. U. de Lille Métropole	1 pôle principal pour chaque profession polarisée	++++	27,34
C. U. d'Arras	1 pôle principal pour chaque profession polarisée	++++	2,24
C. A. de l'Artois	Pôle secondaire en psychiatrie	++++	5,15
C. A. de Cambrai	1 pôle principal pour chaque profession polarisée	++++	1,50
Pays du Cœur de Flandre	Absence de pôle en anesthésie-réanimation, pédiatrie et radiologie. Pôles secondaires en chirurgie, gynécologie-obstétrique, ophtalmologie et cardiologie	++++	2,91
C. A. de la Porte du Hainaut	Absence de pôle en pédiatrie et ophtalmologie. Pôles secondaires en anesthésie-réanimation et radiologie	++++	3,60
C. A. de Valenciennes Métropole	1 pôle principal pour chaque profession polarisée	+++	4,80
Pays de l'Artois	1 pôle principal pour chaque profession polarisée, tous situés dans la C. A. de l'Artois	++	4,98
Pays du Cambrésis	Bénéficie des pôles principaux de la C. A. de Cambrai (1 pôle principal pour chaque profession polarisée) plus deux pôles principaux en ERM et en sages-femmes, et un pôle secondaire en radiologie	++	3,80
C. A. de Saint-Omer	1 pôle principal pour chaque profession polarisée excepté en chirurgie et en psychiatrie (pôles secondaires)	++	1,63
Pays de Saint-Omer	1 pôle principal pour chaque profession polarisée, tous situés dans la C. A. de Saint-Omer	+	2,90
Pays des Moulins de Flandre	Aucun pôle offreur	+	1,56
C. A. du Calaisis	1 pôle principal pour chaque profession polarisée, excepté en chirurgie (pôle secondaire)	+	2,47
C. U. de Dunkerque Grand Littoral	1 pôle principal pour chaque profession polarisée	+	5,22
Pays du Calaisis	1 pôle principal pour chaque profession polarisée (excepté en chirurgie), tous situés dans la C. A. du Calaisis	+	3,91
Pays de Sambre-Avesnois	Aux pôles de la C. A. de Maubeuge-Val de Sambre s'ajoutent des pôles principaux ou secondaires (Fourmies, Wignehies, Avesnes/Helpe) pour les 10 professions polarisées, excepté en pédiatrie, ophtalmologie et en psychiatrie	-	5,97
C. A. du Boulonnais	1 pôle principal pour chaque profession polarisée	-	3,07
Pays du Boulonnais	1 pôle principal pour chaque profession polarisée, tous situés dans la C. A. du Boulonnais	-	4,08
C. A. de Maubeuge-Val de Sambre	1 pôle principal pour chaque profession polarisée	-	2,57
Pays du Ternois	Présence de pôles offreurs uniquement en radiologie, ERM et sages-femmes (pôles secondaires)	-	0,92
Pays maritime et rural du Montreuillois	Absence de pôle offreur en gynécologie-obstétrique et en ophtalmologie. Pôles secondaires en chirurgie, pédiatrie et psychiatrie	-	1,77
Pays des Sept Vallées	Présence de pôles offreurs secondaires uniquement en cardiologie et en ERM	--	0,90

Source : ADELI, DRASS Nord – Pas-de-Calais ; INSEE ; IGN – Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

MORTALITE

À partir d'un indice synthétique d'accessibilité construit pour chaque commune au regard de sa situation sur l'ensemble des 10 professions polarisées, 6 zones de différente accessibilité ont été élaborées. La zone A regroupe les 107 communes qui ont en moyenne accès à moins d'un pôle d'offre de soins (0,78 % de la population régionale).

S'inspirant du modèle anglo-saxon qui utilise un indice de besoin de soins pour affecter les allocations en fonction de l'état de santé constaté d'une population (RAWP), nous avons développé un panel d'indices de besoin beaucoup moins élaboré et basé sur les indicateurs de mortalité. Basé sur l'indice comparatif de mortalité équivalent au niveau national, l'indice de besoin représente ici le rapport entre le nombre de décès observés et le nombre de décès attendus, hommes plus femmes. Si la mortalité prématurée et la mortalité prématurée évitable par des actions sur le système de soins ne présentent pas de corrélation avec une moindre accessibilité, il n'en est pas de même pour la mortalité dont les pathologies peuvent impliquer une prise en charge rapide par le système de soins. Pour ces causes de mortalité, la zone A indique une surmortalité significative, tant chez les hommes que chez les femmes, qui représente un écart d'environ 45 % par rapport à la France et de plus de 20 points par rapport à l'ICM régional.

Tableau 10 : Mortalité dont les pathologies peuvent impliquer une prise en charge rapide par le système de soins et indice de besoin

Accessibilité	Nom de la zone	Nombre de décès attendus Hommes	Nombre de décès observés Hommes	Nombre de décès attendus Femmes	Nombre de décès observés Femmes	Total des décès attendus	Total des décès observés	ICM Hommes	ICM Femmes	Indice de besoin
	Nord – Pas-de-Calais	17 091	21 164	16 073	19 777	33 164	40 941	123,8	123,0	123,5
- -	A	183	263	157	228	340	491	143,9	145,4	144,4
	B	2 416	3 104	2 255	2 877	4 671	5 981	128,5	127,6	128,0
	C	2 052	2 575	1 797	2 207	3 849	4 782	125,5	122,8	124,2
	D	985	1 266	840	1 064	1 825	2 330	128,5	126,7	127,7
	E	1 376	1 776	1 306	1 588	2 682	3 364	129	121,6	125,4
+ +	F	10 079	12 180	9 718	11 813	19 797	23 993	120,8	121,6	121,2

Source : ADELI, DRASS Nord – Pas-de-Calais ; CépiDC, INSEE – Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

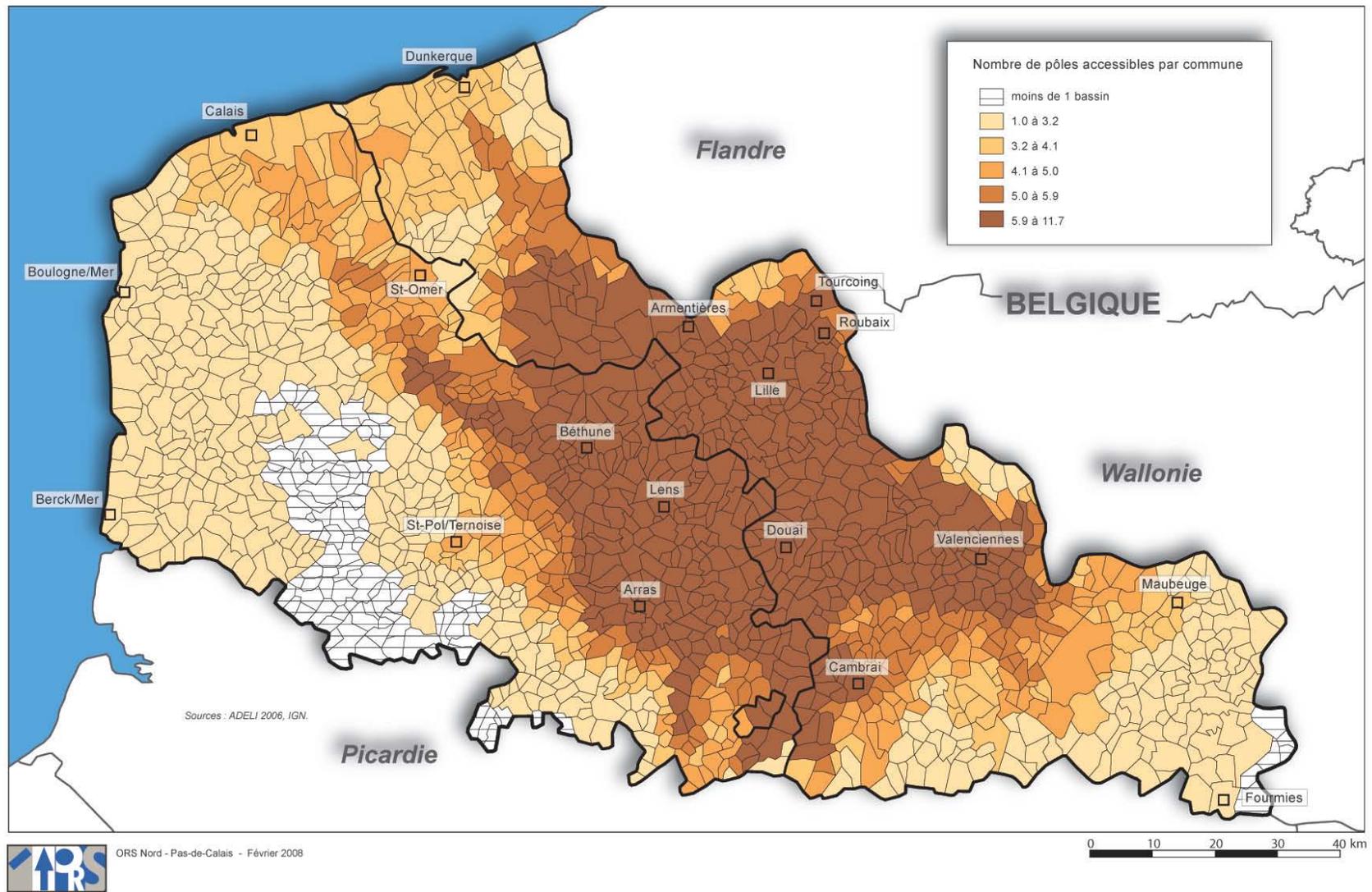
On comprend dès lors que ce type d'analyse revête une importance particulière pour les professions médicales en charge des soins dits de proximité, et particulièrement des soins d'urgence qui peuvent fortement influencer sur la mortalité prématurée évitable par des actions sur l'organisation du système de soins.

Partenaire associé

DRASS Nord – Pas-de-Calais pour la mise à disposition du répertoire ADELI régional.

Analyse synthétique par commune

Moyenne du nombre de pôles offreurs accessibles en moins de 30 minutes (pour dix professions polarisées)



Autres thématiques

- **D1-** Observations inattendues de la santé 2008–2010 *P 65*
- **D2-** Diagnostics et enjeux de territoire des maisons de santé pluridisciplinaires *P 67*
- **D3-** Soutien à l'étude du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins (CROM) sur le temps médical *P 71*
- **D4-** Évaluation méthodologique de l'enquête « Imagerie médicale » de l'ARH *P 75*
- **D5-** Monitoring des actions de prévention du Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais *P 78*
- **D6-** Recherche action pour une démarche interculturelle dans la prévention du VIH/sida *P 81*
- **D7-** Évaluation du programme de santé destiné aux apprentis mis en œuvre par le GRPS *P 83*
- **D8-** Étude FNORS « Synthèse nationale des maladies transmissibles : la grippe » *P 84*
- **D9-** Étude FNORS « Synthèse nationale des maladies transmissibles : les maladies infectieuses intestinales » *P 89*
- **D10-** Répertoire transfrontalier des acteurs de santé *P 93*
- **D11-** Participation à l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques pour les études régionales et locales liées aux orientations fixées par le PNNS *P 95*

D1- Observations inattendues de la santé 2008–2010

Contexte

Les professionnels, la presse, les élus et de plus en plus d'acteurs économiques et sociaux s'intéressent aux questions de santé. Ayant pour mission de *réunir toute information relative à la santé et ses déterminants et en faire part à toutes personnes qui en feraient la demande*, le cœur de métier de l'ORS est de produire des indicateurs de santé. Si cette fonction est assurée depuis sa création, il est apparu au cours des dernières années que, face à l'évolution du contexte régional induisant entre autres un élargissement des publics et des champs couverts, il convenait de renforcer notablement l'analyse des statistiques produites et particulièrement de les mener en tenant plus compte des acquis et connaissances produites. Un indicateur de santé de qualité dépend non seulement de la pertinence des variables apportées à son numérateur, mais aussi du juste choix de son dénominateur. Les commentaires qu'il autorise appellent donc des analyses contemporaines ciblées et adaptées, tenant compte de l'état des connaissances produites tant du point de vue de la santé que des autres domaines auxquels il fait appel implicitement dans son numérateur.

Objectifs

L'ORS Nord – Pas-de-Calais dispose de bien d'autres données « non sanitaires » lui permettant de traiter et de rendre accessibles les réalités démographiques, territoriales, économiques, sociales du Nord – Pas-de-Calais vis-à-vis d'autres populations, régions ou nations.

Mais l'expertise accumulée de l'ORS lui permet aussi de pointer les lacunes d'informations dont la disponibilité permettrait d'améliorer les connaissances et, ce faisant, d'aider les décisions devant être prises par les politiques publiques régionales, dont celle de la santé.

Il est probable que l'inventaire des données inexistantes, restant à produire donc, pourrait attirer l'attention sur des champs et des points méconnus ou délaissés.

Les Observations inattendues de la santé se composeront à terme d'une trentaine de fiches-articles portant sur des thématiques non spécifiquement sanitaires mais diverses. En effet, la publication de données quantitatives n'est pas suffisante à la compréhension des processus et des enjeux de santé publique, à la diffusion des connaissances, et plus largement à l'acculturation de l'opinion des acteurs et citoyens du Nord – Pas-de-Calais aux enjeux de la santé publique.

C'est pourquoi, chaque fiche-article exposera la problématique la plus contemporaine possible et s'attachera à mettre en lumière les liens implicites et explicites avec la santé publique d'une part, et le contexte régional du Nord – Pas-de-Calais d'autre part. Autant que faire se peut, des comparaisons internationales et interrégionales y seront menées. L'abord chronologique, les tendances longitudinales constatées seront mises en évidence. Chaque fiche-article sera accompagnée d'une bibliographie choisie de 3 à 10 ouvrages. Le document final sera accompagné d'annexes structurées selon des entrées thématiques classiques pour la santé publique.

Dans la mesure du possible, une mise en perspective des faits régionaux Nord – Pas-de-Calais sera menée vis-à-vis des phénomènes moyens en France, d'autres régions françaises, d'autres régions européennes, et entre les différents territoires du Nord – Pas-de-Calais.

Dans ce dernier cas, ce seront les délimitations territoriales les plus pertinentes ou celles qui seront accessibles qui seront privilégiées. Ce sera préférentiellement au sein de ces territoires infrarégionaux que seront recherchés les faits, réalisations et projets positifs qui seront cités dans l'ouvrage.

Le public visé est celui des élus, des journalistes, des professionnels de santé et plus généralement des cadres supérieurs.

Le recueil devrait comporter à terme au moins 150 pages couleur. Il serait édité à 5 000 exemplaires, diffusé par l'ORS et le Conseil Régional au terme des trois années de réalisation, ponctuées des différentes mises en ligne.

Méthode utilisée

Bibliographie, collecte de données, mises à jour et révision *permanente* des fiches jusqu'à leur publication définitive (2010), et analyse des remarques critiques et suggestions obtenues par la mise en ligne questionnaire sur le site Internet de l'ORS.

Territoire concerné

Le Nord – Pas-de-Calais et les différents territoires qui le composent.

Principaux résultats

12 fiches-articles ont été traitées sur un total de 20 mises en chantier. Début 2009, 6 avaient été publiées. Elles seront diffusées *via* le site Internet de l'ORS dès après leur présentation à la presse et aux acteurs régionaux (probablement au cours du deuxième trimestre 2009).

L'échéancier prévisionnel est le suivant :

1. La ville et la santé (mises en chantier 2008) ;
2. Le Littoral (réalisée 2008) ;
3. La santé activité économique (réalisée 2008) ;
4. Industrie et santé ;
5. Les emplois de la santé dans la population active (mises en chantier 2008) ;
6. Les métiers de la santé (mises en chantier 2008) ;
7. Santé et travail ;
8. Santé et loisirs ;
9. Les âges de la vie (réalisée 2008) ;
10. Les catégories sociales, la formation, les groupes de revenus (mises en chantier 2008) ;
11. Les associations de santé (réalisée 2008) ;
12. Violence et santé (mises en chantier 2008) ;
13. Intimité, sexualité (réalisée 2008) ;
14. Genres et santé (réalisée 2008) ;
15. Alimentation et santé (réalisée 2008) ;
16. Climat, météo et santé (réalisée 2008) ;
17. Infrastructures de santé (mises en chantier 2008) ;
18. École et santé (réalisée 2008) ;
19. La santé mentale (réalisée 2008) ;
20. Les territoires de la santé, de la commune à l'Union européenne (réalisée 2008) ;
21. Les temps de la santé (mises en chantier 2008) ;
22. Le Nord – Pas-de-Calais et ses échanges extérieurs (mises en chantier 2008) ;
23. Risques, catastrophes et crises ;
24. Les héritages du Nord – Pas-de-Calais (mises en chantier 2008) ;
25. Les projets du Nord – Pas-de-Calais (mises en chantier 2008) ;
26. Ruralité et santé ;
27. Égalité des chances et santé ;
28. Déchets et santé ;
29. « ».

Partenaire associé

Un Comité de pilotage a été mis en place. Il est composé de représentants du Conseil Régional (DRESTIC¹, D2PE², ...) et s'est réuni à deux reprises.

Les services de l'INSEE et du CETAF (Saint-Etienne) ont été consultés.

¹ Direction Recherche, Enseignement supérieur, Santé et Technologies de l'Information et de la Communication.

² Direction du Plan, de la Prospective et de l'Évaluation.

D2- Diagnostics et enjeux de territoire des maisons de santé pluridisciplinaires

Contexte

En 2007, le Conseil Régional entre dans une phase d'expérimentation des maisons de santé pluridisciplinaires, plus d'une dizaine de territoires volontaires mettent en œuvre une concertation préalable à l'expérimentation et initient des projets. L'ORS est mandaté par le Conseil Régional afin de réaliser des diagnostics et de définir les enjeux de territoire.

Objectifs

La finalité du travail réalisé par l'ORS est une double aide à la décision :

- aide à la décision en direction des porteurs de projet, mise en perspective des données chiffrées et définition des enjeux de territoire ;
- aide à la décision en direction du Conseil Régional financeur, afin d'appréhender les problématiques du territoire concerné.

Méthode utilisée

La méthode choisie s'appuie sur le recueil des données chiffrées actualisées (liste ci-dessous) à l'échelle du territoire concerné, croisé avec l'analyse des entretiens d'acteurs. L'ensemble de la démarche se fait en concertation avec le Conseil Régional et les porteurs de projet, et s'emploie à donner à ces derniers une grille de lecture des indicateurs de santé adaptée à leur territoire de projet.

La méthode, même si elle garde les mêmes axes de recherche quantitatifs et qualitatifs, s'adapte aux besoins du territoire dans le type de données recherchées et dans le nombre d'entretiens à réaliser.

DONNÉES RECUEILLIES

- Situation de contexte / genèse du projet
- Problématique et méthode
 - Importance du territoire de santé
 - Interrogation sur les indicateurs
- Territoire et population (cartes)
 - Situation du territoire
 - Économie de la santé
 - Situation démographique
 - Situation socio-économique
- Population et santé
 - Indicateurs de mortalité toutes causes et par cancer
 - Mortalité prématurée (avant 65 ans) et prématurée évitable
 - Recours aux soins (CPAM quand cela est possible)
- « Ressources » socio-sanitaires
 - Professionnels de santé (médicaux et paramédicaux) (cartes)
 - Établissements de santé (cartes)
 - Types de recours hospitalier (MCO¹ et itinéraire de soins) + HAD²
 - Prévention et éducation à la santé

¹ Médecine Chirurgie Obstétrique.

² Hospitalisation À Domicile.

- Résumé des entretiens (en respectant le guide d'entretien)

Guide :

- Estimation des besoins de santé de la population
- Utilisation du système de soins
- Réseaux formels et informels
- Mobilité de la population
- Axes à développer pour la MSP
- Participation éventuelle

Personnes interrogées :

- Professionnels de médicaux, paramédicaux
- Représentants des associations
- Représentants d'habitants
- CPAM, Conseils Généraux...
- Coordinateurs PTS...
- Centres Hospitaliers
- Élus

- Conclusion et définition des enjeux de territoire

Territoires concernés en 2008 et type d'intervention

Les entretiens, réunions de comité de pilotage, comités techniques, présentations de la méthode, rendus du diagnostic représentent près de **60 entretiens**, près de **35 réunions** sur les territoires, **3 rencontres au Conseil Régional** (ORS, CRES¹, REALS² et URME³) et **3 855 km parcourus** sur l'ensemble de l'année 2008.

L'ORS est intervenu sur **11 territoires** en 2008.

L'ORS intervient sur les projets qui lui sont priorisés par le service santé du Conseil Régional.

TERRITOIRES AVEC RENDU DE DIAGNOSTIC

- **Communauté de Communes de la Région de Bapaume (CCRB)**

Première motivation du projet : garder, voire attirer des professionnels de santé avec l'appui d'habitants. Déficit d'acteurs et d'actions de prévention, d'accompagnement sur ce territoire. En fin de phase de diagnostic, le projet s'est structuré, les enjeux ont été intégrés par le groupe d'habitants et les professionnels en charge du projet. Une dynamique s'est enclenchée autour d'un projet de santé (médical et de prévention). Sans doute des liens pourront-ils être tissés avec le projet d'Arras, certains acteurs étant les mêmes. L'enjeu principal : désenclaver ce territoire isolé. Gros besoins : jeunes et personnes âgées et institutionnaliser le partenariat avec le CH de Bapaume très intéressé par le projet.

- **Communauté de Communes du Pays de Pévèle (CCPP)**

Portage du projet par trois associations : projet associatif ambitieux sur la prévention, sans adhésion politique, qui semble acquis en fin d'année 2008. Élus réceptifs mais prudents sur la démarche de santé, souhaitant une adhésion des professionnels de santé. Peu de place au partenariat médical et hospitalier avec cependant un territoire en déficit important de professionnels de santé (même d'infirmières), donc un fort recours hospitalier. Récemment une démarche s'est engagée vers les professionnels de santé du territoire.

¹ Comité Régional d'Éducation pour la Santé Nord – Pas-de-Calais.

² Réseau des Actions Locales de Santé en Nord – Pas-de-Calais.

³ Union Régionale des Médecins Exerçant à Titre Libéral Nord – Pas-de-Calais.

- **Ville de Lens – Quartier de la Grande Résidence**

Il s'agit là d'une enquête en population du quartier de la Grande Résidence, commandée par la Ville de Lens. La réflexion va se poursuivre sur 2009. La motivation est d'intégrer l'aspect santé dans le projet ANRU¹ de ce quartier. Portage politique fort, acteurs concernés et gros besoins de la population, partenariat avec l'Hôpital de Lens. Enjeu fort de recours tardifs aux soins.

- **Pays des 7 vallées**

Difficile appropriation du projet global de santé sur l'ensemble du territoire : la motivation de l'Agence du Pays des 7 vallées est de s'engager sur ce type de dynamique face au projet phare de Fruges attirant tous les regards. Mais l'Agence apparaît peu fédératrice et peu « crédible » sur l'aspect santé. Le projet de Fruges est très avancé, et assez complet (prévention, médical et hospitalier). Les autres projets sont : hospitalier (plateau médicochirurgical) à Hesdin et médical (garder deux médecins généralistes) sur la Communauté de Communes Canche-Ternoise. Donc « projet global » du territoire des 7 vallées disparate mais intéressant car répondant dans un premier temps à des besoins « vitaux » d'un point de vue de la permanence des soins (chirurgie ou maintien de médecins généralistes) en parallèle d'un projet qui peut tout à fait être fédérateur sur la prévention (décentralisation d'actions, etc.), mais avec des perspectives de coopérations « naturelles » de territoire hors Pays des 7 vallées.

L'ORS n'a pas pu réaliser l'intégralité de ses entretiens sur ce territoire ; l'organisme mandaté par l'Agence des 7 vallées se prévalant du Conseil Régional, certains acteurs n'ont pas trouvé utile de rencontrer l'ORS.

- **SIVOM² du Bruaysis**

Partenariat important, implication des associations, de l'hôpital et de quelques professionnels de santé libéraux. L'enjeu est de transformer la MIPPS³ en maison de santé pluridisciplinaire en y incluant des consultations et du soin. Questionnement politique du SIVOM sur le passage du projet à l'échelle agglomération. Enjeux de positionnement face à la CARMi⁴, la CARMi souhaitant s'investir dans le projet. Enjeux non négligeables en matière de proximité de la population et de locaux.

TERRITOIRES OU L'ORS EST INTERVENU (rencontres avec les porteurs de projet, les Élus, mais sans diagnostic à ce jour car les projets ne sont pas « mûrs », pas assez avancés...)

- **Valenciennes Métropole**

Six réunions, rencontres pour définir le projet, conseil à l'écriture du cahier des charges pour le recrutement du prestataire de l'étude de faisabilité. Il est prévu que l'ORS fournisse des données sur le territoire concerné (Nord de C.A. : Pays de Condé). Deux cabinets privés sont recrutés pour travailler sur le projet ainsi qu'une agence d'urbanisme.

- **Canton de Steenvoorde**

Une réunion ORS / URMEL avec des professionnels de santé. Professionnels rencontrés très prudents mais exprimant des besoins. Le service santé du Conseil Régional n'a pas souhaité que l'ORS réalise des entretiens sur ce territoire. L'URCAM⁵ a fait un recueil de données statistiques.

- **Communauté d'Agglomération d'Arras**

Deux réunions et rencontres avec les Élus. Projet porté politiquement et par les acteurs, orientation lieu santé par quartier. Diagnostic réalisé en 2009, avec une observation plus précise de la dimension jeunes.

- **Ville de Bousbecques**

Une rencontre avec les porteurs de projet, pour le moment regroupement de professionnels, un projet qui doit évoluer en 2009/2010.

- **Carvin / Oignies / Libercourt et Seclin**

Plusieurs réunions, sur Carvin ou Seclin, projet en cours de réflexion et de structuration. Le Centre Hospitalier est un des porteurs de projet. Portage politique présent. Diagnostic dès le début 2009.

¹ Agence Nationale de Rénovation Urbaine.

² Syndicat Intercommunal à Vocations Multiples.

³ Maison Intercommunale de Prévention et de Promotion de la Santé.

⁴ Caisse Régionale de la Sécurité Sociale dans les Mines du Nord – Pas-de-Calais.

⁵ Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie Nord – Pas-de-Calais.

Programme 2009 (prévu à ce jour)

- Carvin / Seclin (correspondant au territoire PTS¹ Métropole Nord + Carvin, Libercourt, Oignies)
- Communauté de Communes du Canton d'Hucqueliers et environs
- Communauté de Communes du Cœur d'Ostrevent
- Communauté Urbaine d'Arras
- Canton de Steenvoorde (apport de données chiffrées)
- Armentières (correspondant au territoire PTS : Métropole Sud)

¹ Programme Territorial de Santé.

D3- Soutien à l'étude du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins (CROM) sur le temps médical

Contexte

Le Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais de l'Ordre des Médecins a réalisé une enquête consacrée au temps médical dans le Nord – Pas-de-Calais.

Objectif

L'enquête doit permettre de comprendre l'utilisation du temps médical par les premiers concernés, les médecins eux-mêmes.

Méthode utilisée

Rédaction d'un questionnaire Comprenant :

- les données sociodémographiques (nom, âge, sexe),
- le statut sur la retraite,
- le numéro d'inscription à l'ordre,
- l'adresse E-mail
- Le département et ville d'habitation ;
- L'université d'obtention du diplôme ;
- La situation matrimoniale (en couple, avec enfant ou sans enfant)
- La profession du conjoint ;
- L'activité (l'exercice médical, secteur de garde, autres types d'exercice, le mode d'exercice) ;
- La composition de l'emploi du temps (en demi-journées par semaine) et lieu (cabinet, hôpital, etc.) ;
- Temps consacré aux tâches administratives par semaines
- Organisation des congés ;
- Projection dans les cinq années à venir et difficultés d'exercice rencontrés dans le secteur de garde.

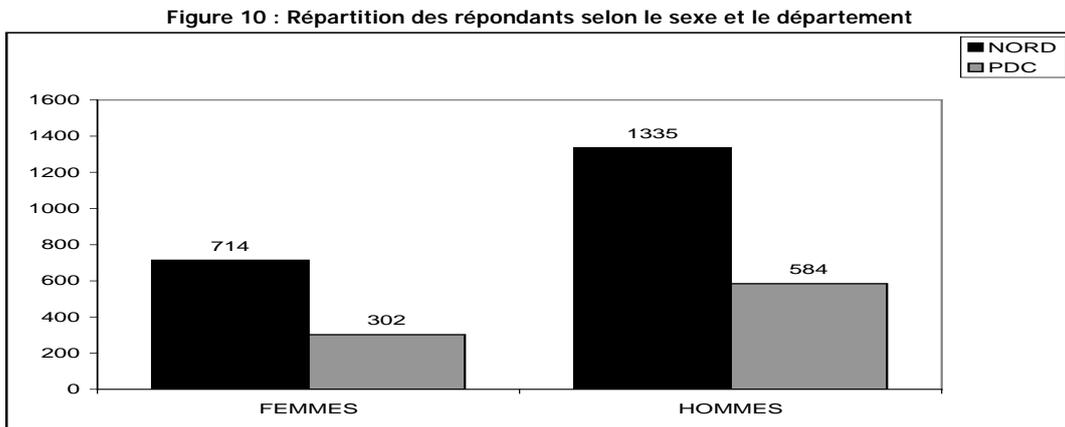
Le questionnaire a été envoyé par courrier à tous les médecins de la région inscrits à l'ordre. Les questionnaires récupérés ont ensuite été remis à l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) pour une analyse, selon une convention passée avec le Conseil Régional, qui a financé cette analyse.

Territoire concerné

Région Nord – Pas-de-Calais.

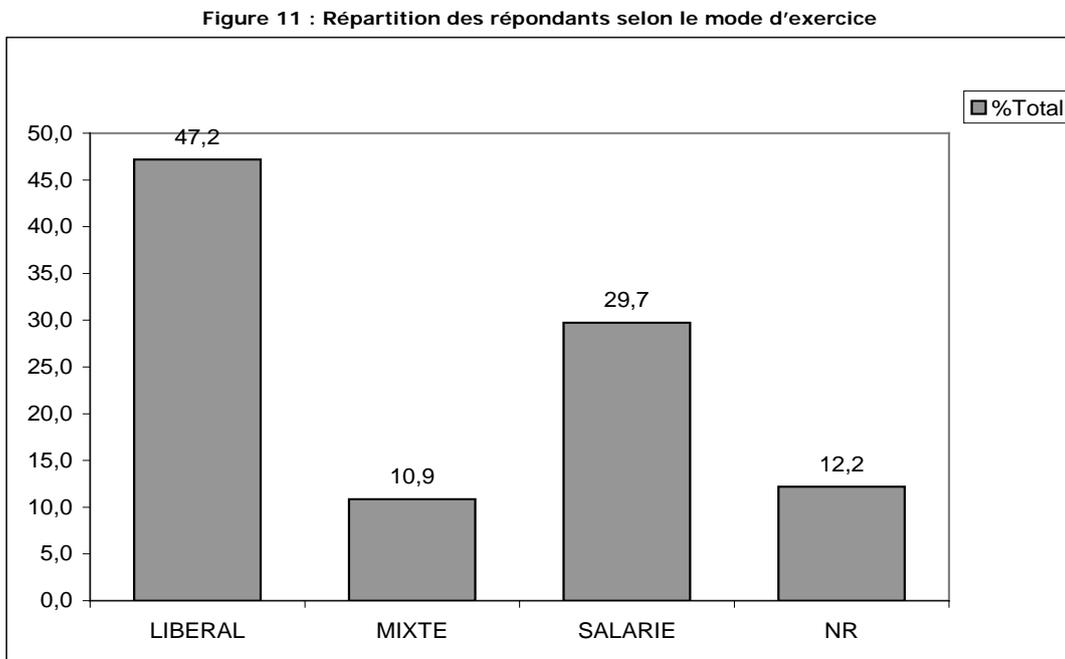
Principaux résultats

La répartition des répondants selon le département et le sexe, montre qu'ils sont 45,5 % d'hommes et 24,3 % de femmes dans le Nord à répondre au questionnaire versus environ 20 % d'hommes et 10 % de femmes du Pas-de-Calais. (Cf. figure 10)



Source : Temps médical dans le Nord – Pas-de-Calais, étude CROM. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

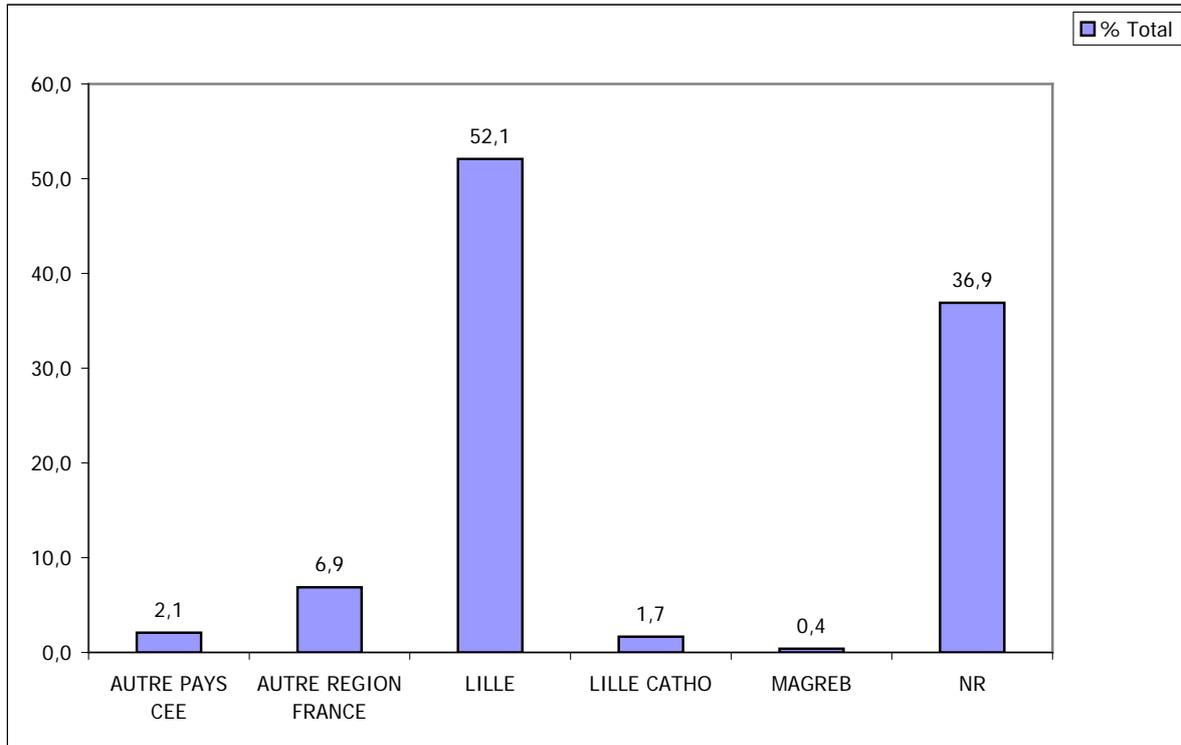
L'analyse selon le mode d'exercice, montre une majorité de professionnels médicaux avec un exercice libéral (47,2 %), environ un tiers, ont un exercice salarié et 11 % ont un mode d'exercice mixte. Toutefois, il reste très étonnant que 12 % des médecins n'indiquent pas le mode d'exercice. (Cf. figure 11)



Source : Temps médical dans le Nord – Pas-de-Calais, étude CROM. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

L'analyse des réponses selon l'université d'obtention du diplôme, montre qu'environ 52 % des médecins interrogés, déclarent avoir leur diplôme à l'université publique de Lille contre environ 2 % à l'université catholique de Lille. Environ 7 % des médecins interrogés, déclarent avoir obtenus leur diplôme dans une autre ville Française, 2 % dans un autre pays de la CEE et 0,4 % dans un pays du Maghreb. Ils sont environ 37 % à n'avoir pas répondu à cette question. (Cf. figure 12)

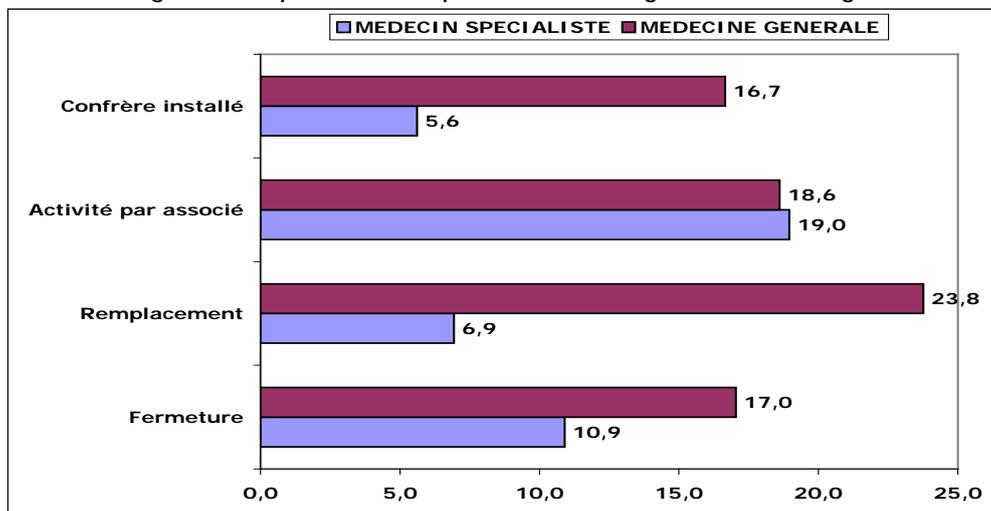
Figure 12 : Répartition des répondants selon l'université d'obtention du diplôme



Source : Temps médical dans le Nord – Pas-de-Calais, étude CROM. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Par rapport à l'organisation de leurs congés, les médecins généralistes sont plus nombreux que les médecins spécialistes : à se faire remplacer, à orienter vers un confrère installé ou à fermer leur cabinet pendant leur congés. A l'inverse, les médecins spécialistes, sont plus nombreux à déclarer réaliser leur activité par leur associé, lors de leurs congés. (Cf. figure 13)

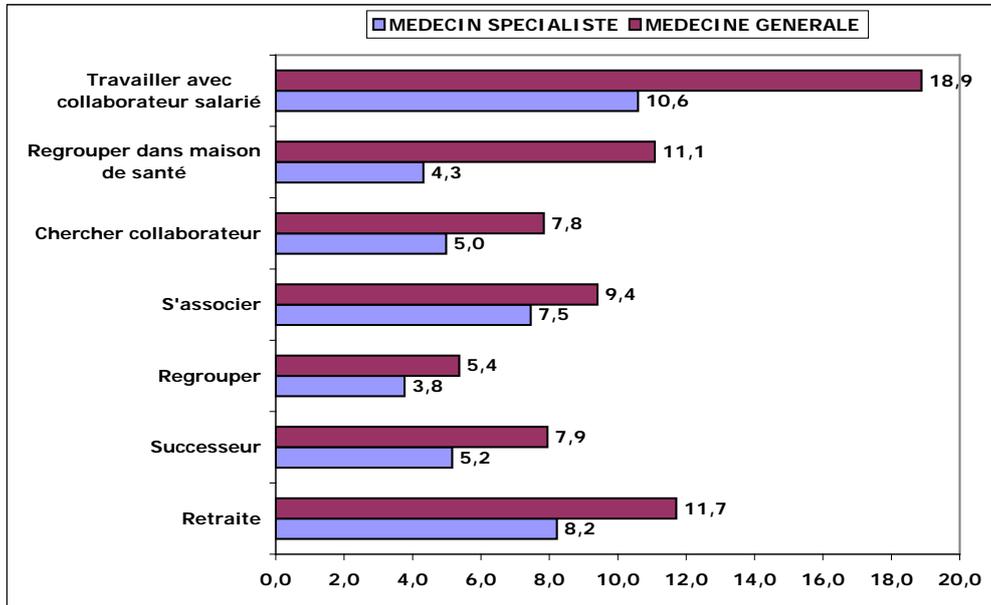
Figure 13 : Répartition des répondants selon l'organisation des congés



Source : Temps médical dans le Nord – Pas-de-Calais, étude CROM. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Interrogés sur leur volonté professionnelle dans les cinq années à venir, les médecins généralistes sont plus nombreux que leurs collègues spécialistes à déclarer vouloir travailler avec un collaborateur salarié. Les items proposés et les réponses données à ces items sont repris dans la figure 14.

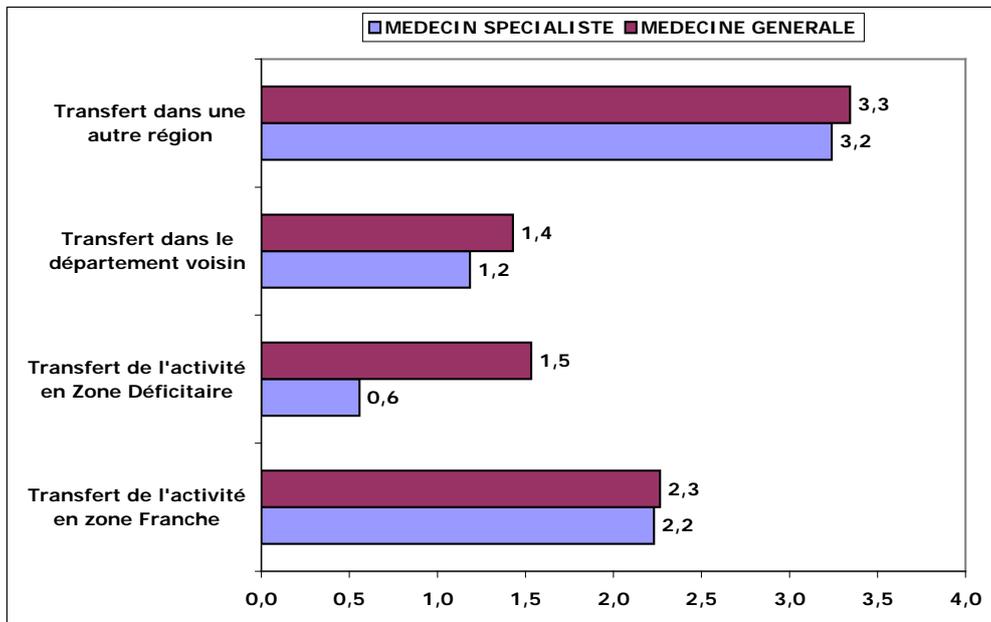
Figure 14 : Répartition des répondants selon la projection envisagée dans 5 ans



Source : Temps médical dans le Nord – Pas-de-Calais, étude CROM. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

La figure 15 illustre la teneur des réponses données par les praticiens quand on les questionne sur le transfert envisageable de leur activité.

Figure 15 : Répartition des répondants selon le transfert envisagé de l'activité



Source : Temps médical dans le Nord – Pas-de-Calais, étude CROM. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Partenaires associés

Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais de l'Ordre des Médecins, Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais.

D4- Évaluation méthodologique de l'enquête « Imagerie médicale » de l'ARH

Contexte

Le rapport d'évaluation de la méthodologie d'enquête de l'activité de l'imagerie médicale analyse les entretiens réalisés auprès de six structures, dont quatre publiques et deux privées.

L'enquête sur l'analyse de l'activité de l'imagerie dans la région Nord – Pas-de-Calais interroge l'ensemble des services de médecine nucléaire¹, de radiologie et d'imagerie médicale, disposant d'équipements en matériels lourds (gamma caméras, TEP, scanners et IRM) (publics et privés).

Ce travail permet d'avoir une visibilité sur les conditions de réalisation, par les structures enquêtées, du remplissage du questionnaire de l'enquête, sur les difficultés rencontrées et les solutions adoptées.

Objectifs

- Apporter une aide méthodologique pour améliorer la qualité de l'étude et permettre :
 - ✓ de faciliter le travail des services enquêtés dans leur restitution d'information sur l'activité,
 - ✓ de pouvoir avoir des informations plus précises et plus fiables permettant de conforter les analyses du sujet.
- Pour la perception des acteurs impliqués, de bien vérifier si :
 - ✓ les items servent à l'efficacité de l'enquête,
 - ✓ les items sont à conserver, même s'ils ne sont pas utiles, mais auxquelles les professionnels tiennent et qui servent à améliorer la perception de l'enquête et conforter leur adhésion à la démarche, lors du retour d'information.

Il s'agira de :

- Formuler des conseils d'amélioration de la méthodologie (identifier les points forts et faibles), et de faire des propositions ;
- Bien identifier les questions liées aux manières de renseigner l'enquête (qui est la personne de référence ? comment les questions ont-elles été interprétées ? compréhension de la notice explicative ? adéquation entre le système d'information radiologique (SIR) et le questionnement de l'enquête ? limites de l'enquête ?

Des questionnements spécifiques porteront sur les items qui posent problème comme :

- La mesure des délais d'attente : comment sont-ils mesurés ?
- Ou la qualification des actes : par zone anatomique ;
- Ou pour des activités très spécifiques ;
- Ou encore la distinction entre forfaits techniques et actes CCAM.

Méthode utilisée

L'enquête d'évaluation, réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé, a consisté à rencontrer six services d'imagerie (publics et privés) sur dix, des structures échantillonnées par le groupe thématique² ARH et CRI, dans les quatre territoires de santé de la région. Ces rencontres, par structure, ont servi au recueil d'informations permettant d'apporter des réponses aux questions que se pose le groupe thématique de l'ARH.

Pour la réalisation de l'évaluation de la méthodologie de l'enquête CRI, les informations, ont été obtenues au moyen d'une grille d'entretien. Cette grille, a été conçu(e) sur le modèle du questionnaire reçu par les structures de l'enquête CRI (la grille se trouve à l'annexe de ce document).

Une lecture des objectifs fixés, à l'étude d'évaluation de la méthodologie de l'enquête CRI, montre que les problèmes posés dans cette enquête, concerne : "la qualité des informations obtenues".

¹ La médecine nucléaire se définit par l'utilisation de médicaments radioactifs, administrés à des patients à des fins diagnostiques ou thérapeutiques. Le devenir biologique de ces radios pharmaceutiques dans l'organisme, c'est-à-dire leur distribution dans les tissus et son évolution au cours du temps, procure des informations irremplaçables pour étudier in vivo des processus biochimiques de façon non invasive.

² Groupe constitué de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), du Comité Régional d'Imagerie (CRI) et du Conseil Régional (CR) Nord – Pas-de-Calais.

Afin d'apporter une amélioration à ces informations et faire évoluer la méthodologie de l'enquête, il est important, pour l'ORS, de rechercher et comprendre :

- d'une part, le contexte de remplissage du questionnaire, adressé pour remplissage aux structures interrogées et,
- d'autre part, d'analyser les facilités et difficultés rencontrées lors du remplissage du questionnaire par ces structures.

Conscient de l'importance que revêt, pour les commanditaires, l'enquête réalisée auprès des structures d'imagerie régionale, l'ORS a adopté la démarche d'un entretien mettant en situation de remplissage du dit questionnaire, par les différentes structures.

Sachant que la conception et réalisation du questionnaire est une étape clé, d'une enquête par questionnaire, car c'est elle qui conditionne la qualité de l'information qui sera recueillie et centralisée, nous rappelons quelques qualités quelle doit obligatoirement intégrer. Ainsi, un questionnaire doit être :

- Compréhensible : l'enquêté doit comprendre parfaitement le vocabulaire et les notions utilisées,
- Accepté : il est inutile de poser des questions qui gênent l'enquêté, la sincérité des réponses en sera affectée, et les résultats peu fiables,
- Factuel : il vaut toujours mieux poser une question observable, qui soit donc observable, réel, que demander à l'enquêté une appréciation ou une évaluation. (Ce dernier point demande une adaptation du questionnaire à la population appelée à le remplir).

Territoire concerné

La région Nord – Pas-de-Calais.

Principaux résultats

Au total 60 % des structures échantillonnées par le groupe thématique ARH et CRI ont été enquêtées : soit 50% des structures privées et 67 % des structures publiques de l'échantillon (les dix tirées au sort et validées) retenues au départ.

Il convient de signaler qu'aucune des structures interrogées ne détient un équipement en commun avec une autre structure. Le cas le plus souvent rencontré, est celui des structures prestataires de services pour d'autres structures non investiguées ici.

ÉQUIPEMENTS

Au total, l'enquête a porté sur 31 équipements répartis comme suit : 12 scanners, 9 IRM, et 10 gamma-caméras.

Les structures investiguées n'avaient pas toutes les mêmes types d'équipements. Ainsi, si chacune des structures interrogées possédait au moins un scanner et/ou un IRM, seules deux structures possédaient une ou plusieurs gamma-caméras.

PERSONNES INTERROGÉES

Les personnes interrogées sont : médecins, informaticien, Infirmiers, secrétaires.

Elles occupent des postes de : référents, cadres de santé, responsable de service, secrétaires médicales ou aux affaires financières et directeur de structure.

Les entretiens ont été réalisés :

- soit avec un seul répondant ou avec une équipe de 2 personnes (binôme),
- soit avec une équipe constituée de toutes les personnes, impliquées dans le remplissage du questionnaire et susceptible d'apporter un éclaircissement sur un point précis de nos questions (définition, comptabilisation, etc.) était sollicitée par l'équipe répondante, afin de nous apporter le plus de compréhension dans leur mode de fonctionnement vis-à-vis du remplissage des questionnaires de l'enquête imagerie.

Système d'information Entrée/Sortie

Il s'agissait de connaître de quelle manière les données nécessaires au remplissage des questionnaires de l'enquête étaient extraites par les différentes structures.

Un des renseignements portait sur la différence entre les systèmes d'informations des structures de l'enquête.

La variabilité des systèmes d'informations entre les structures laissait prévoir des méthodes différentes d'extraction de données, ces méthodes tenant compte de l'organisation interne de chaque structure.

Pour les structures publiques, certaines personnes interrogées soulignent :

- L'obligation d'une réalisation de requêtes spécifiques pour l'enquête, auprès des affaires financières, démarche incontournable du fait d'une absence de système d'information pour le scanner et pour l'IRM, alors qu'il en existe pour la médecine nucléaire.
- L'opérationnalité récente de leur système d'information (depuis juin 2007) et l'existence de plusieurs systèmes d'informations séparés : pour la gestion de l'imagerie, la réalisation des requêtes et pour les prises de rendez-vous. Ce qui a pour conséquence l'allongement du travail de récupération des données nécessaires au remplissage de l'enquête.

Pour les structures privées :

- Les systèmes d'informations permettent d'avoir une vision synthétique de l'activité et du type d'examen et de faire remonter les informations permettant la justification des demandes et des soins.

Environnement du remplissage (qui, durée, quand, supports...)

L'environnement du remplissage du questionnaire de l'enquête a été investigué sur quatre critères :

- Qui remplit (fonction et qualité) ;
- Le temps imparti au remplissage ;
- La période de remplissage et ;
- Le support de remplissage.

Ces critères sont importants pour la mobilisation, la motivation des personnes qui en sont chargées.

QUI REMPLIT

- 1- Dans les structures publiques, le questionnaire de l'enquête est rempli le plus souvent sous la responsabilité de médecins ou d'un service : le Département d'Informations Médicales (DIM) et/ou d'un pôle financier. Les individus et groupes d'individus chargés du remplissage font le contrôle qualité. Dans le cas des DIM, l'équipe est le plus souvent composée d'un informaticien qui effectue le remplissage ; le contrôle qualité est assuré par le responsable de la structure et le secrétariat qui s'occupe des questions administratives.
- 2- Dans les structures privées, le remplissage du questionnaire de l'enquête relève le plus souvent de la responsabilité d'un ou de plusieurs médecins, aidés en cela soit par des manipulateurs d'imagerie soit par des cadres de santé. Ce sont des secrétaires ou des cadres de santé qui effectuent le remplissage, et le contrôle qualité est le plus souvent confié à l'ensemble de l'équipe ayant participé à l'extraction des données.

LA DUREE

La durée de remplissage du questionnaire de l'enquête est variable selon les structures :

- 1- Dans les structures publiques, elle est au minimum d'une demi-journée pour les unes et d'environ 2 mois pour les autres. Entre ces deux extrêmes l'on peut trouver, pour certaines structures, des durées très variables (par exemple une demi-journée pour la médecine nucléaire et environ une semaine pour la radiologie classique –scanner et IRM– depuis la constitution des requêtes jusqu'au contrôle qualité).
- 2- Dans les structures privées, elle varie de quelques heures par questionnaire [(3 à 4 h par questionnaire (remplissage) plus 2 à 3 h de travail préparatoire (extraction de données)] à 4 jours maximum. Il est signalé des durées plus longues pour le scanner.

Généralement, pour toutes les structures, le support utilisé est un document Excel.

Partenaires associés

ARH, CRI, Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais.

D5- Monitoring des actions de prévention du Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais

Contexte

Cette étude explicite les actions de santé financées par le Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais aux porteurs de projets, pour l'année 2008. Le document remis se présente sous la forme d'un PowerPoint décrivant les actions selon les différents items contenus dans le fichier remis par la DRESTIC. Ce travail analyse l'ensemble des actions financées par le Conseil Régional en 2008 provenant du site de l'appel à projets sur l'ensemble de la politique de prévention.

Objectif

Contrôle de l'évolution statistique des actions de santé financées aux porteurs de projets par le Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais, pour l'année 2008.

Méthodes utilisées

Les actions analysées sont celles figurant dans le document fourni par la DRESTIC, sous la forme d'un fichier Excel. Le plan d'analyse réalisé sur le fichier des actions 2008 a été le suivant :

- ✓ Tableaux des fréquences des différentes actions ;
- ✓ Tableaux croisés ;
- ✓ Réalisation d'un PowerPoint commenté des différents champs abordés ;
- ✓ Comparaison éventuelle avec les actions financées par le Conseil Régional en 2007 (sur les thématiques de 2007).

Territoire concerné

La région Nord – Pas-de-Calais.

Principaux résultats

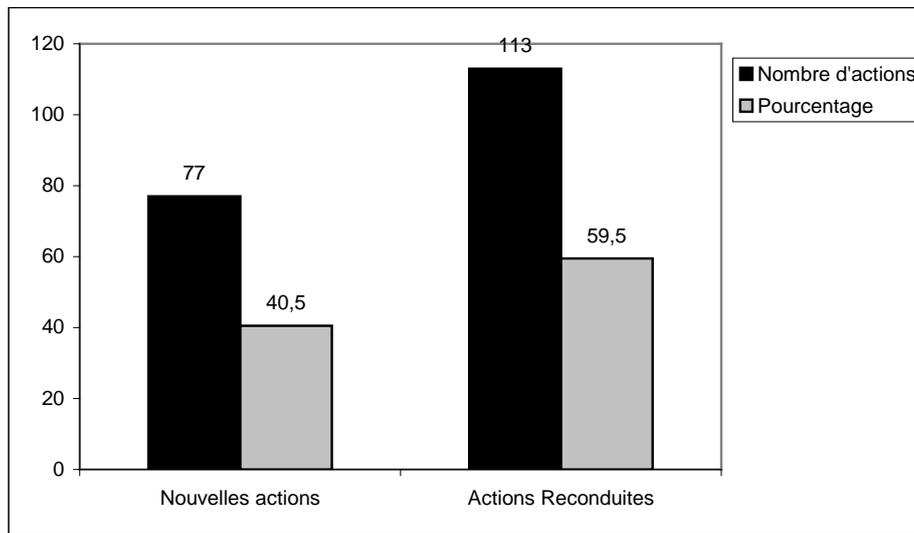
Parmi les actions financées en 2008 par le Conseil Régional Nord – Pas de Calais, environ 40,5 % d'entre elles le sont pour la première fois, alors qu'en 2007, la proportion était de 33,9 %.

59,5 % des actions financées en 2008 l'ont déjà été, contre 66,1 % en 2007. Dans l'ensemble, l'on constate une augmentation de la part de nouvelles actions et une diminution des reconductions d'actions.

Les actions reconduites ont été déjà financées, soit une fois, soit plus d'une fois. Cette information sur la fréquence des reconduites d'actions, qui était identifiable lors du financement des actions 2007, n'est pas disponible en 2008 (en tout cas pas dans le fichier remis à l'Observatoire Régional de la Santé.).

NB : Nous considérons qu'elle est importante et peut s'avérer nécessaire pour le suivi des actions et l'évaluation de leur amélioration et de leur évolution.)

Figure 16 : Nombre et pourcentage d'actions 2008 financées, selon le type (Nouvelles/Reconduites)



Source : Actions 2008 financées par le Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais, 2008.

Dans leur ensemble, entre les années 2007 et 2008, le nombre d'actions financées par le Conseil Régional est passé de 165 actions à 190 actions, soit une augmentation de 25 actions (15 %).

La comparaison des actions 2008 à celles de 2007 montre que les actions des thématiques alimentation et activité physique, PRAPS, cardio-vasculaire et conduites addictives, sont en baisse (alimentation : 46 actions en 2007 et 42 actions en 2008 ; PRAPS : 14 actions en 2007 et 10 actions en 2008 ; cardio-vasculaire : 5 actions en 2007 et 1 action en 2008 ; enfin, conduites addictives : 42 actions en 2007 et 31 actions en 2008.).

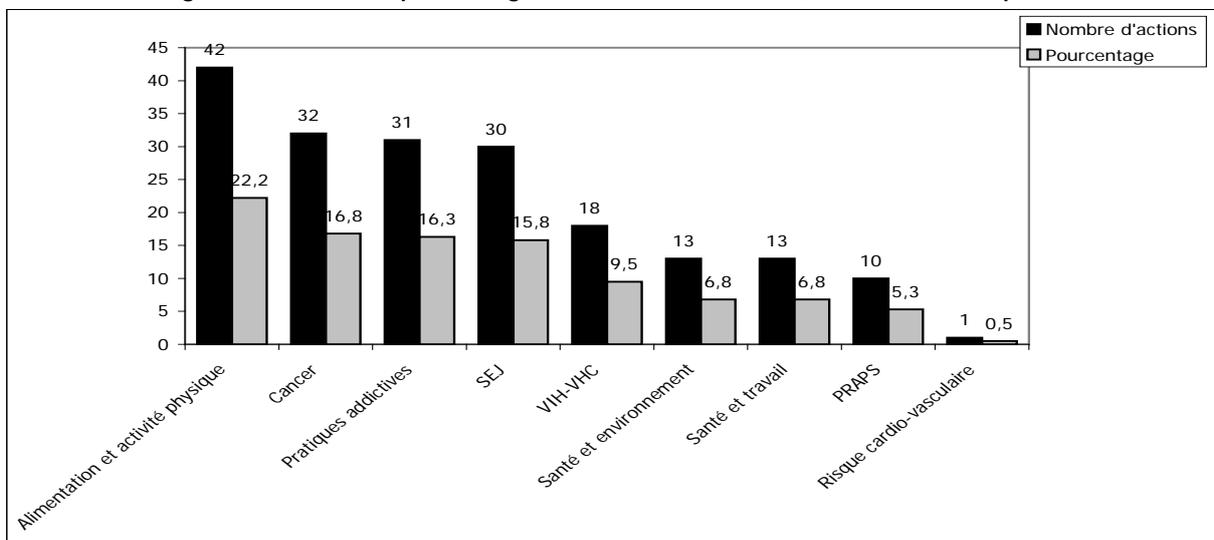
Les actions des thématiques cancer, santé environnement, santé travail, santé des jeunes et des enfants, sont en augmentation.

Une nouvelle thématique n'existant pas en 2007 a fait son apparition en 2008 : il s'agit du VIH-VHC avec 18 actions, soit environ 9,5 % des actions financées.

L'analyse des actions selon l'item Nouvelles/Reconduites met en évidence la prédominance des nouvelles actions pour trois thématiques : santé des jeunes et des enfants (60 %), santé environnement (61,5 %) et santé travail (69,2 %).

Sur les autres thématiques (alimentation et activité physique; cancer; PRAPS; pratiques addictives ; cardio-vasculaire et VIH-VHC), les actions reconduites sont plus nombreuses que les nouvelles. Il faut noter que l'unique action cardio-vasculaire est une action reconduite.

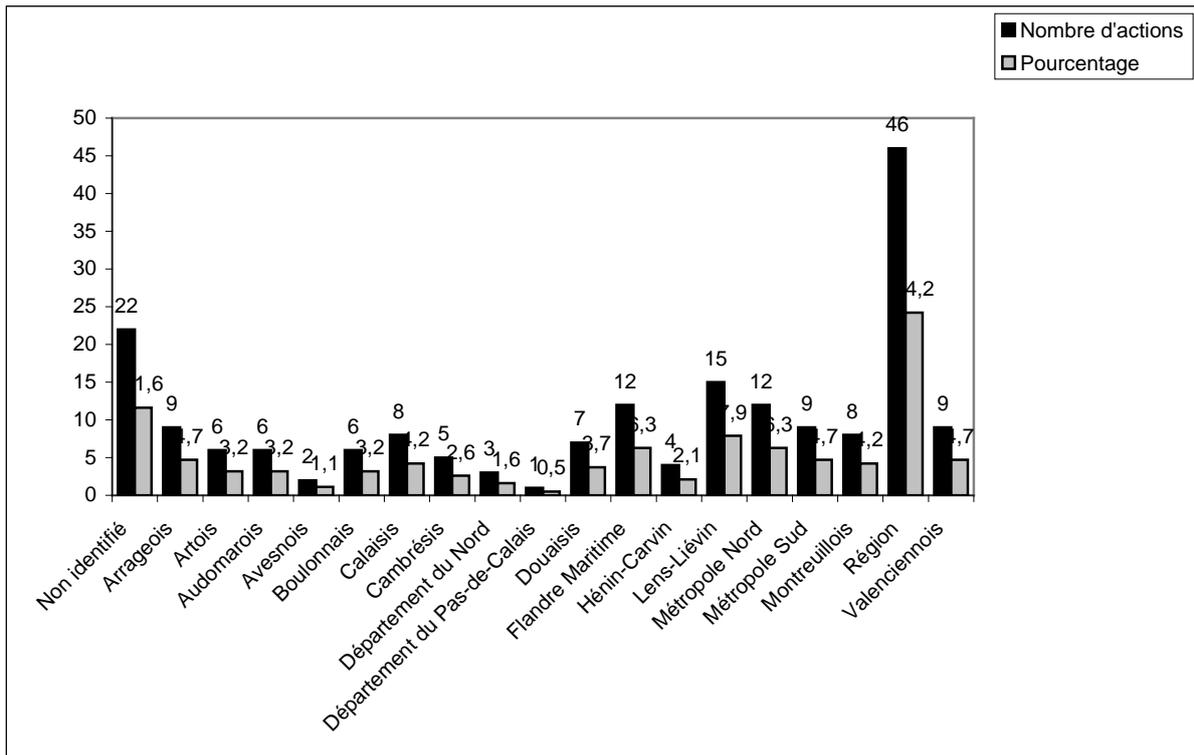
Figure 17 : Nombre et pourcentage d'actions 2008 financées, selon les thématiques



Source : Actions 2008 financées par le Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais, 2008.

En regard des actions 2007 (n = 165), pour lesquelles les territoires de réalisation étaient connus, pour 22 (11,6 %) actions 2008 (n = 190 actions), les territoires de réalisation sont inconnus. Trois territoires, la région Nord – Pas-de-Calais, Lens-Liévin et le Douaisis, ont vu le nombre global de leurs actions augmenter entre 2007 et 2008 sur les thématiques cancer, pratiques addictives, santé environnement, santé des jeunes et des enfants et VIH-VHC. Deux territoires ont eu globalement le même nombre d’actions entre 2007 et 2008, tandis que tous les autres territoires ont connu une diminution du nombre global de leurs actions en 2008.

Figure 18 : Nombre et pourcentage d’actions 2008 financées, selon les territoires



Source : Actions 2008 financées par le Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais, 2008.

Il existe, entre les actions 2007 et 2008, une différence géographique de réalisation pour deux territoires :

- disparition des actions des territoires de Lille et de la Flandre Intérieure en 2008,
- et apparition de trois actions départementales (Nord et Pas-de-Calais).

Malgré la correspondance du nombre d’actions 2007 et 2008, pour ces territoires départementaux et ceux de Lille et de la Flandre Intérieure, rien ne permet, au regard des données (sans la vérification auprès des porteurs de projets), d’affirmer qu’il s’agit des mêmes territoires.

Partenaire associé

Le Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais.

D6- 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 migrante. Si tous les migrants habitaient au même endroit, ils formeraient le cinquième pays du monde en termes 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 leur communauté, 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 migrant, etc.

Toutes les études sur la culture et la santé montrent l'existence de liens entre le niveau culturel, 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... 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

La région Nord – Pas-de-Calais.

Principaux résultats

La recherche sur le terrain, de même que l'analyse, ont été confiées à la structure ISAGE. L'ORS, après avoir réalisé le protocole de l'étude, fait partie, à l'instar d'autres structures, du groupe de travail constitué par le CIRM/CRIPS.

Partenaires associés

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

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

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

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

ISAGE – Bureau d'études en santé des organisations.

D7- Évaluation du programme de santé destiné aux apprentis mis en œuvre par le GRPS

Contexte

Le besoin d'outiller les équipes des professionnels des CFA¹ de la région Nord – Pas-de-Calais, sur l'identification et la connaissance des relais locaux spécialisés en santé, perceptible lors des entretiens auprès des directions et/ou des coordinations des CFA, fait l'objet d'une demande auprès des services du Conseil Régional depuis la mise en place de l'action « Santé des apprentis ».

Suite aux réunions techniques avec la DFI², le service santé de la DRESTIC³ du Conseil Régional et la DRTEFP⁴, la création et la diffusion d'un répertoire des ressources existantes en matière de santé, de sécurité au travail et d'aides financières aux apprentis, ont été reconnues comme une priorité.

Objectifs

OBJECTIF GENERAL

- Améliorer la santé des apprentis de la région Nord – Pas-de-Calais.

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Faciliter l'accès à l'information des professionnels encadrant les apprentis (et notamment ceux des « points écoute ») sur les ressources locales, les interlocuteurs-clés en matière de santé, par la mise à disposition d'un outil synthétique.
- Outiller les professionnels dans leurs réponses lors des accompagnements d'apprentis en matière de santé.

Méthode utilisée

POPULATION ET METHODE

Population

Il s'agit des professionnels de l'encadrement des apprentis dans la région Nord – Pas-de-Calais. 500 professionnels, hommes et femmes, seront destinataires du répertoire.

Méthode

La mise à disposition de locaux dans chaque lieu de formation permettra de diffuser le répertoire aux professionnels, et notamment aux personnes chargées des « points écoute » ou équivalent.

Territoire concerné

La région Nord – Pas-de-Calais.

Principaux résultats

Les résultats font partie de la programmation 2009.

Partenaires associés

Le GRPS et le Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais.

¹ Centres de Formation des Apprentis.

² Direction Formation Initiale.

³ Direction Recherche Enseignement Supérieur, Santé, Technologie de l'Information et de la Communication.

⁴ Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

D8- Étude FNORS « Synthèse nationale des maladies transmissibles : la grippe »

Contexte

Il existe deux types de grippe : la grippe humaine et la grippe aviaire

La grippe aviaire (ou grippe du poulet ou influenza aviaire), n'est pas l'objet du présent document. La grippe aviaire est une maladie animale. Cependant, dans quelques cas répertoriés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le virus de la grippe aviaire a pu se transmettre à l'homme par le biais des sécrétions respiratoires des animaux infectés, leurs déjections ou les plumes et les poussières souillées. Seules les personnes qui ont des contacts étroits, prolongés et répétés avec des animaux malades sont exposées à une contamination par le virus aviaire A (H5N1). La maladie n'est pas transmissible d'homme à homme (pas de contamination inter - humaine). Le risque d'être contaminé en mangeant de la viande ou des œufs est faible voire négligeable selon l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (AFSSA). La cuisson détruit le virus.

La grippe humaine est une maladie d'origine virale, affectant les voies respiratoires. Elle se manifeste le plus souvent, sous forme d'épidémies saisonnières. Dans la classification internationale des maladies (CIM10), on la retrouve avec les pneumopathies sous les codes J10 à J18.

La grippe est provoquée par un virus s'attaquant surtout aux voies respiratoires supérieures, nez, gorge, bronches, et rarement aux poumons. L'infection dure en général une semaine environ. Elle se caractérise par l'apparition brutale d'une forte fièvre, des myalgies, des céphalées, une sensation de profond malaise, une toux sèche, une gorge irritée et une rhinite. La plupart des sujets atteints guérissent en une à deux semaines.

Maladie bénigne chez les sujets sains, la grippe chez les sujets à risque (personnes âgées ou sujets fragilisés par une pathologie chronique sous-jacente : pneumopathies, diabète, cancer, problèmes cardiaques ou rénaux.) peut entraîner des complications sévères, voire la mort

En général, l'épidémie survient entre les mois de novembre et d'avril et débute le plus fréquemment fin décembre - début janvier. Sa durée moyenne est de 9 semaines.

Objectif

La convention d'objectifs et de moyens 2006-2008 signée entre le ministère chargé de la Santé et la FNORS¹ prévoyait la réalisation de synthèses nationales thématiques, dont une en 2008 portant sur le thème « Maladies transmissibles ». Dans ce cadre, un appel à candidatures auprès des ORS avait été lancé par la FNORS.

Méthode utilisée

Après examen des candidatures et constitution d'un groupe de travail, le bureau de la FNORS, au cours d'une réunion téléphonique, a confié à l'ORS Nord – Pas-de-Calais la réalisation de la synthèse concernant les thématiques de la grippe et des maladies infectieuses intestinales.

Bâtir l'ossature de la synthèse et la soumettre à l'aval du groupe de travail de la FNORS, telle fut l'étape initiale de la démarche. Une fois le plan accepté ou modifié, les données nécessaires à sa réalisation ont été recueillies soit par l'intermédiaire de la FNORS, après demande de l'ORS chargé de la synthèse, soit par les propres moyens dudit ORS.

Une fois la synthèse finalisée, des adaptations (orthographiques, de styles et de contenu) ont été apportées au document lors d'une réunion d'une journée organisée au siège de la FNORS à Paris. Puis chaque ORS participant a bénéficié d'un délai de r élection pour d'éventuelles modifications, avant que la synthèse ne soit remise à la FNORS pour une passation devant des experts et que n'intervienne la phase ultime de la mise en forme et de l'édition.

¹ Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé.

Territoire concerné

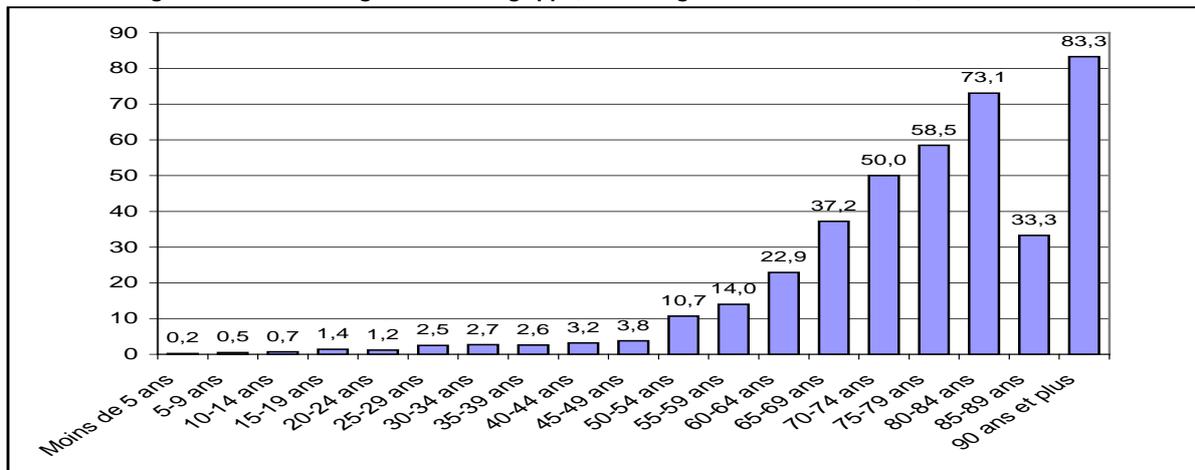
La France entière.

Principaux résultats

DISTRIBUTION DES CAS DE GRIPPE SELON LE STATUT VACCINAL

L'analyse en fonction du statut vaccinal a montré un taux élevé de cas de grippe chez les sujets vaccinés âgés de 65 ans et plus. Malgré ce taux élevé, l'efficacité vaccinale de terrain a été considérée satisfaisante avec, chez les plus de 65 ans, une efficacité à 50 %, et chez les moins de 65 ans, à 67 % (Legrand J. et coll., Vaccine, 2006).

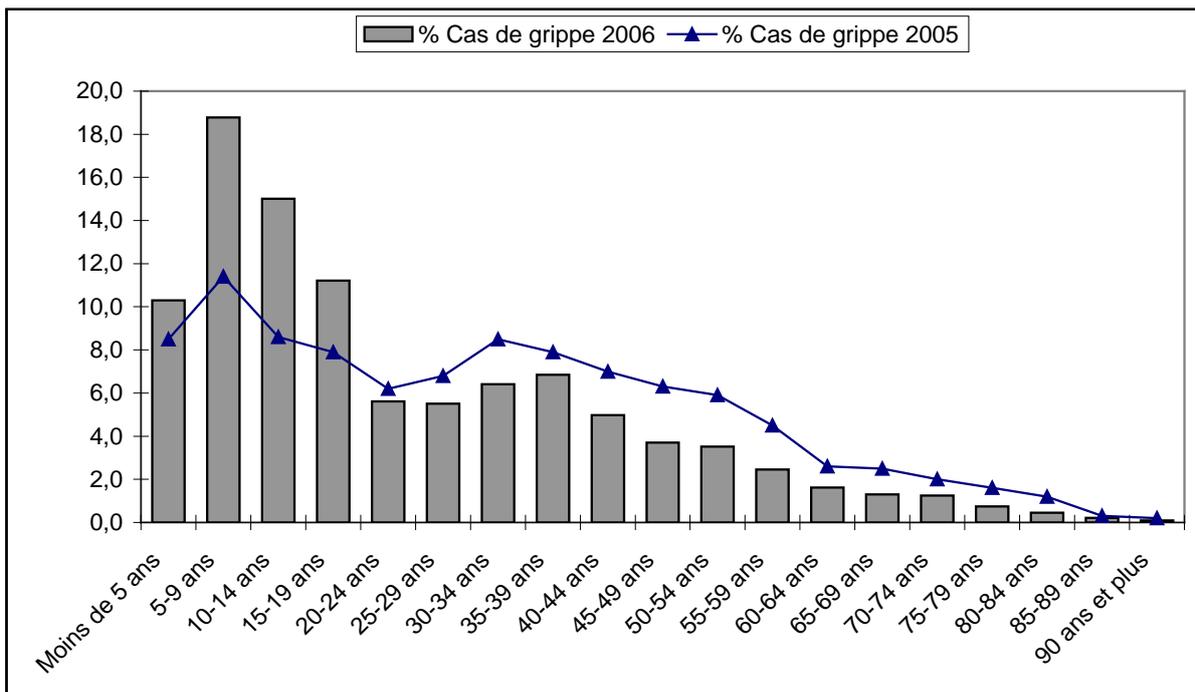
Figure 19 : Pourcentage des cas de grippe, selon l'âge et le statut vaccinal, en 2005-2006



Source : réseau sentinelles.

COMPARAISON EPIDEMIE DE GRIPPE 2005 ET EPIDEMIE DE GRIPPE 2006

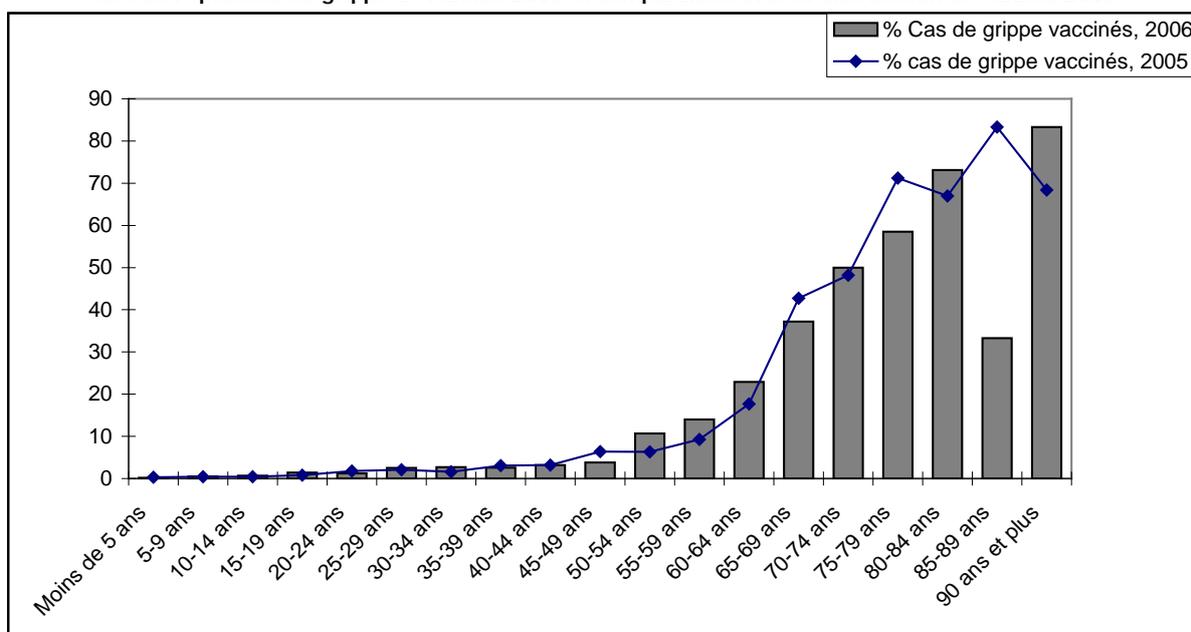
Figure 20 : Distribution, selon l'âge, des cas de grippe clinique lors de l'épidémie de grippe de la saison 2006 et comparaison avec la distribution de l'année 2005



Source : réseau sentinelles.

Les données du réseau sentinelles montrent qu’au cours de l’épidémie de 2006, les cas de grippe clinique étaient plus nombreux chez les moins de 20 ans qu’au cours de l’épidémie de grippe de 2005. À l’inverse, les cas de grippe clinique étaient plus nombreux chez les sujets de 20 ans et plus au cours de l’épidémie de 2005 que durant celle de 2006.

Figure 21 : Distribution, selon l'âge, des cas de grippe clinique survenus chez des patients vaccinés lors de l'épidémie de grippe de l'année 2006 et comparaison avec la distribution de l'année 2005



Source : réseau sentinelles.

Comme en témoigne la figure ci-contre, lors de l’épidémie de grippe de 2005, il y a eu plus de cas de grippe survenus chez les sujets vaccinés des classes d’âges 65-69 ans, 75-79 ans et 85-89 ans qu’en 2006.

Pour le renforcement des systèmes de surveillance de la grippe dans la communauté, 2004-2005, le rapport rédigé par l’InVS¹ montre qu’au cours de la saison grippale (du 27 septembre 2004 au 17 avril 2005) 5 199 prélèvements ont été effectués par les médecins des GROG².

Les analyses réalisées par les Centres nationaux de référence des virus influenza et des laboratoires de virologie GROG ont permis d’isoler 1 498 souches de virus grippaux (proportions de positivité 29 %).

91 % des virus isolés étaient de type A. Le virus grippal A (H3N2) a été le virus majoritairement isolé (linéage A/Wellington /1/2004, A/California/7/2004).

Tableau 11 : Virus grippaux isolés, France, saison 2004-2005

Nombre de prélèvements positifs				
Total	A	AH1	AH3	B
1498	308	98	963	129

Source : GROG, Centres nationaux de référence des virus influenza régions Nord et Sud, laboratoires de virologie des GROG.

¹ La surveillance épidémiologique de la grippe en France « renforcement des systèmes de surveillance. Bilan de la saison grippale 2004-2005 », InVS, 7 novembre 2005. www.invs.sante.fr/publications/2005/grippe_2004_2005/index.html

² Groupements Régionaux d’Observation de la Grippe.

Par ailleurs, les Centres nationaux de référence des virus influenza régions Nord et Sud ont analysé les souches transmises par les laboratoires de virologie du réseau Renal. Les résultats sont rapportés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 12 : Virus grippaux isolés, France, saison 2004-2005

Nombre de souches caractérisées				
	Total	AH1N1	AH3N2	B
CNR Nord*	449	29	363	57
CNR Sud	451	28	343	80

Source : Centres nationaux de référence des virus influenza régions Nord et Sud.

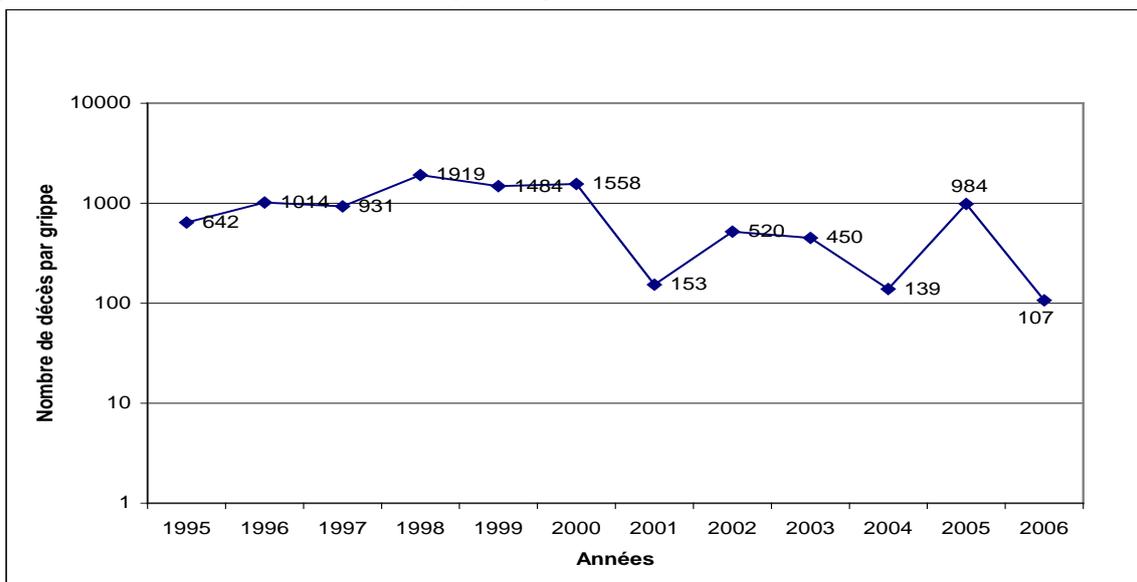
Ainsi, selon les données des réseaux de surveillance de la grippe dans la communauté et des Centres nationaux de référence des virus influenza régions Nord et Sud, l'épidémie grippale de la saison 2004-2005 est survenue la troisième semaine 2005 pour s'achever la douzième semaine après 10 semaines d'épidémie. Cette épidémie d'intensité modérée a été très majoritairement dominée par la circulation du virus grippal A (H3N2) A/Wellington/1/2004, A/California/7/2004. La circulation du virus grippal B a été tardive et est restée modeste sur la saison.

D'après l'OMS, même si les chiffres de la morbidité par grippe sont difficiles à évaluer, on estime que les épidémies annuelles entraînent entre 3 et 5 millions de cas graves et 250 000 à 500 000 décès par an dans le monde.

En France, entre 1991 et 2006, le CépiDC de l'Inserm, chargé d'élaborer annuellement la statistique nationale des causes médicales de décès en collaboration avec l'INSEE, a identifié un total de 12 590 décès pour grippe, soit environ 786 décès par an pour grippe dont 508 décès (64,6 %) pour les femmes et 278 décès (35,4 %) pour les hommes.

La mortalité par grippe est variable d'une année sur l'autre. Ainsi, sur la période 1995-2006 en France métropolitaine, c'est au cours de l'année 1998 que l'épidémie de grippe a fait le plus grand nombre de morts, soit 1 919 cas de décès par grippe. À l'inverse, au cours de la saison 2005-2006, on a enregistré le moins de décès pour grippe avec 107 cas de décès. (Cf. figure 22)

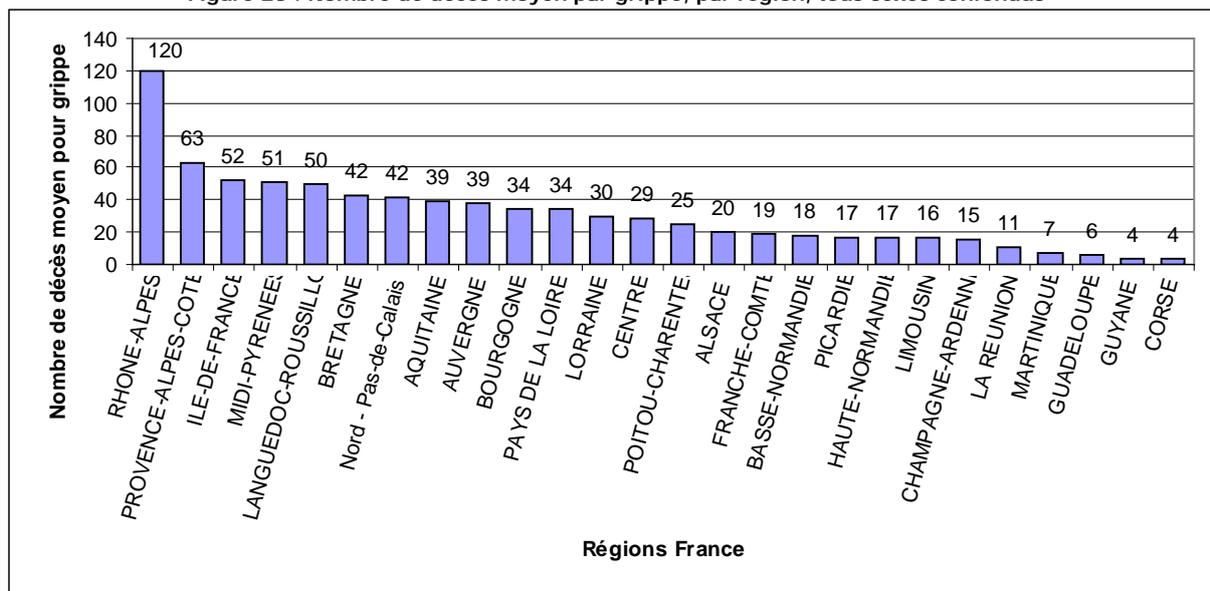
Figure 22 : Évolution du nombre de décès moyen par grippe en France métropolitaine, pour la période 1995-2006



Source : INSERM CépiDC, INSEE – Exploitation FNORS.

Au cours de la période 1991–2006, avec un nombre moyen de 120 cas de décès par grippe, c'est la région Rhône-Alpes qui a dénombré le plus grand nombre de personnes décédées par ce virus. À l'inverse, avec des pourcentages variant de 0,5 à 0,7 %, ce sont les régions d'outre-mer (Corse, Guyane, Guadeloupe et Martinique) qui ont présenté les effectifs de décès par grippe les plus faibles. (Cf. figure 23)

Figure 23 : Nombre de décès moyen par grippe, par région, tous sexes confondus



Source : INSERM CépIDC, INSEE – Exploitation FNORS.

Partenaires associés

Le Bureau de la FNORS et les ORS d'Aquitaine, du Centre, de Guadeloupe et de Lorraine.

D9- Étude FNORS « Synthèse nationale des maladies transmissibles : les maladies infectieuses intestinales »

Contexte

En France, la gastro-entérite virale est la plus fréquente des maladies infectieuses intestinales. On estime qu'elle est la deuxième cause de morbidité infantile (entre 0 et 5 ans), mais son incidence est difficile à évaluer avec précision car seules les toxi-infections alimentaires collectives, le choléra, les fièvres typhoïde et paratyphoïde font l'objet d'une déclaration obligatoire (DO).

Les maladies infectieuses intestinales peuvent être causées par de multiples micro-organismes (bactéries, virus, parasites, champignons). Les symptômes et leur gravité dépendent de l'agent pathogène ainsi que de l'état des défenses immunitaires de la personne infectée. Ils peuvent concerner tout l'organisme, cependant le point de départ digestif commun à ces infections se traduit le plus souvent par des diarrhées, vomissements et douleurs abdominales, accompagnés parfois par de la fièvre. Ces symptômes communs traduisent l'inflammation du tube digestif, et on parle alors de gastro-entérite. Le traitement repose principalement sur la réhydratation¹, associée dans certains cas à une antibiothérapie adaptée.

La transmission, des maladies infectieuses intestinales, se fait par voie féco-orale, par le biais d'aliments ou d'eau contaminés ou directement de personne à personne de façon manuportée. Leur prévention repose sur de simples règles d'hygiène, à la fois individuelles (lavage des mains et des surfaces, respect des bonnes règles de conservation et de préparation des aliments) et collectives (contrôle de la chaîne de production des aliments et de la qualité de l'eau).

D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les maladies infectieuses intestinales sont les maladies infectieuses les plus meurtrières dans le monde après les infections respiratoires et devant le Sida. En 2004, elles ont causé 2,2 millions de décès, principalement dans les pays les plus pauvres, où les conditions sanitaires sont précaires et les populations affaiblies par la malnutrition. En France les maladies infectieuses intestinales entraînent rarement le décès, cependant le vieillissement de la population et la fréquence de ces maladies (épidémies hivernales de gastro-entérites) en font une préoccupation de santé publique. Ainsi, l'objectif n°40 de la loi de santé publique de 2004 est de diminuer de 20% la mortalité attribuable aux maladies infectieuses intestinales chez les enfants de moins de 1 an et les personnes âgées de plus de 65 ans, populations vulnérables vis-à-vis de ces pathologies.

Les données du réseau « Sentinelles »² permettent d'estimer que, chaque hiver, l'épidémie de **gastro-entérites aiguës (GEA)** est à l'origine de 1 million à 2,5 millions de consultations en médecine générale. L'épidémie commence entre début décembre et fin janvier et dure en moyenne 6,5 semaines.

Ces épidémies hivernales ont un impact d'autant plus important sur le système de soins (médecine de ville mais aussi consultations aux urgences et services hospitaliers de pédiatrie) qu'elles surviennent en même temps que les épidémies de grippe et de bronchiolite.

Les GEA hivernales sont majoritairement d'origine virale, la période d'incubation est courte (24h à 72h), la durée des symptômes de l'ordre de quelques jours et la maladie reste bénigne dans la grande majorité des cas. La principale complication est la déshydratation aiguë qui survient le plus souvent aux âges extrêmes de la vie ; la réhydratation précoce est donc la base du traitement³. Chez l'enfant de moins de 5 ans, il est recommandé d'éviter les médicaments symptomatiques (ralentisseurs du transit et anti-sécrétoires, microorganismes anti-diarrhéiques, antiseptiques intestinaux, antiémétiques, adsorbants, spasmolytiques).

En matière de prévention, le rotavirus, particulièrement virulent et très résistant dans l'environnement (contamination persistante des surfaces), est une cible importante. Il est à l'origine de diarrhées aiguës sévères chez les enfants et d'une partie des hospitalisations et décès. Il est aussi la principale cause des infections nosocomiales en pédiatrie. Depuis 2006, 2 vaccins

¹ Dans les cas sévères ou survenant chez des personnes vulnérables (enfants, immunodéprimés, personnes âgées), l'eau ou les sodas ne sont pas appropriés pour une bonne réhydratation car ils ne compensent pas les pertes en sels minéraux. Il convient alors d'utiliser des solutés glucido-hydro-électrolytiques comme par exemple les solutés de réhydratation orale (SRO).

² Système de surveillance composé d'un échantillon de médecins généralistes répartis sur le territoire métropolitain et animé par l'unité 707 de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Voir le site www.sentiweb.org pour plus d'informations.

³ Les SRO sont remboursés par la sécurité sociale pour les enfants de moins de 5 ans.

contre le rotavirus ont été mis sur le marché. Le Conseil supérieur d'Hygiène publique de France a cependant donné pour avis de différer la recommandation de la vaccination anti-rotavirus systématique des nourrissons et de réévaluer cet avis après 2 ans¹. Ce délai est nécessaire pour avoir un recul suffisant sur les effets indésirables éventuels d'une vaccination de masse telle qu'elle est proposée dans certains pays (États-Unis, Brésil et Autriche par exemple)², avoir des données sur l'évolution de l'écologie des rotavirus suite à cette pratique, et promouvoir des stratégies de prévention simples encore insuffisamment utilisées (lavage efficace des mains, utilisation systématique et précoce des SRO, optimisation des mesures de lutte contre les infections nosocomiales, ...).

Les toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) se définissent par l'apparition d'au moins 2 cas similaires d'une symptomatologie en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

Les agents responsables des TIAC sont nombreux et de toute nature (bactérie, virus, parasite, toxique...). Il s'agit donc parfois d'une intoxication et non d'une infection. Les modes de contamination sont variés et font suite le plus souvent au non respect des bonnes pratiques de transport, stockage et préparation des aliments. Il existe également un « risque hydrique » (inondations, retours d'eaux usées, défaillance des traitements d'épuration...) qui peut être à l'origine de contamination de réseaux de distribution d'eau potable ou bien de zones conchylicoles.

La surveillance des TIAC est assurée par la DO. Elle est complétée par les données provenant des laboratoires CNR (Centres nationaux de référence) qui permettent une meilleure identification des agents pathogènes et le regroupement *a posteriori* de cas considérés comme isolés. Sur le terrain, les DDASS (Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales) investiguent les malades, tandis que les services vétérinaires enquêtent sur les aliments incriminés et recherchent les éventuels défauts de conformité des établissements de restauration. Si le problème vient d'une matière première ou d'un produit transformé, l'enquête remonte à l'élevage ou à la chaîne de fabrication.

En France, 1 095 foyers de TIAC et 11 440 malades ont été déclarés en 2007. 57 % des foyers sont survenus en restauration collective (dont 48 % dans la restauration commerciale, 18 % en milieu scolaire, 12 % dans des établissements médico-sociaux et 7 % en restauration d'entreprise), 30 % en milieu familial et 13 % de façon diffuse (épidémies communautaires).

En moyenne, entre 1998 et 2007³, l'agent responsable a été confirmé dans 39 % des foyers de TIAC, suspecté dans 37 % des foyers de TIAC et est resté inconnu dans 24 % des foyers de TIAC. Depuis 1998 on note une nette tendance à l'augmentation de la proportion de foyers pour lesquels l'agent n'a pu être identifié. Ainsi, si elle était de 9 % en 1998, elle atteint 37 % en 2007. Ce phénomène s'explique par la diminution des foyers à *Salmonella* (45 % en 1998 – 15 % en 2007), dont les méthodes de prévention sont bien codifiées et de mieux en mieux appliquées (avec en particulier un effort sur les mesures d'hygiène dans la filière volaille), au profit de pathogènes « émergents » qui sont souvent difficiles à identifier. Les principaux autres pathogènes identifiés responsables de TIAC entre 1998 et 2007 sont le *Staphylococcus aureus* (entre 12 % et 24 % des foyers selon les années), le *Clostridium perfringens* (entre 5 % et 13 % des foyers selon les années), le *Bacillus cereus*, l'histamine et les virus (moins de 10 % des foyers).

Le **choléra** et les **fièvres typhoïde et paratyphoïde**, maladies à DO, ne représentent que peu de cas en France. En 2007, 4 cas de choléra ont été déclarés, tous importés d'Inde et sans aucun décès. La même année, 82 cas de fièvre typhoïde et 46 cas de fièvre paratyphoïde ont été déclarés, sans aucun décès. Plus de 80 % de ces cas étaient directement importés (personnes ayant été contaminées à l'étranger). Les autres cas, qualifiés d'autochtones, avaient pour origine un vecteur (aliments, boisson ou personne) ayant acquis le germe à l'étranger, en zone d'endémie.

Objectif

La convention d'objectifs et de moyens 2006-2008 signée entre le ministère chargé de la Santé et la FNORS prévoyait la réalisation de synthèses nationales thématiques, dont une en 2008 portant

¹ Séances du 22 septembre et 5 décembre 2006, consultables sur le site du ministère chargé de la santé, à l'adresse www.sante.gouv.fr/html/dossiers/cshpf/a_mt_220906_rotavirus.pdf

² Un précédent vaccin anti-rotavirus avait entraîné des invaginations intestinales aiguës.

³ Entre 1987 (date de mise en place de la DO) et 1998, l'augmentation du nombre de déclarations de TIAC reflétait probablement la mise en place du système, avec une exhaustivité croissante. Depuis cette date, la stabilité relative de ce nombre permet d'analyser les données avec une meilleure fiabilité.

sur le thème « Maladies transmissibles ». Dans ce cadre, un appel à candidatures auprès des ORS avait été lancé par la FNORS.

Méthode utilisée

Après examen des candidatures et constitution d'un groupe de travail, le bureau de la FNORS, au cours d'une réunion téléphonique, a confié à l'ORS Nord – Pas-de-Calais la réalisation de la synthèse concernant les thématiques des maladies infectieuses intestinales et de la grippe.

Bâtir l'ossature de la synthèse et la soumettre à l'aval du groupe de travail de la FNORS, telle fut l'étape initiale de la démarche. Une fois le plan accepté ou modifié, les données nécessaires à sa réalisation ont été recueillies soit par l'intermédiaire de la FNORS, après demande de l'ORS chargé de la synthèse, soit par les propres moyens dudit ORS.

Une fois la synthèse finalisée, des adaptations (orthographiques, de styles et de contenu) ont été apportées au document lors d'une réunion d'une journée organisée au siège de la FNORS à Paris. Puis chaque ORS participant a bénéficié d'un délai de lecture pour d'éventuelles modifications, avant que la synthèse ne soit remise à la FNORS pour une passation devant des experts et que n'intervienne la phase ultime de la mise en forme et de l'édition.

Territoire concerné

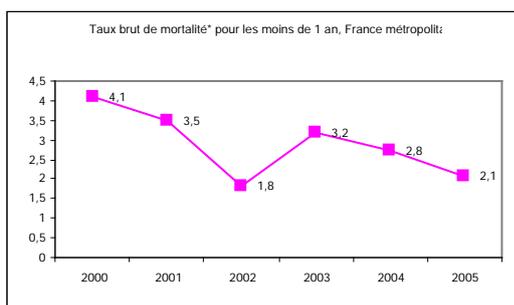
La France entière.

Principaux résultats

MORTALITE PAR MALADIE INFECTIEUSE INTESTINALE

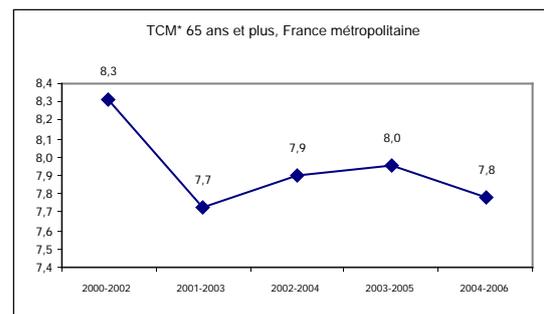
Entre 2004 et 2006, les maladies infectieuses intestinales ont été la cause initiale de 888 décès en moyenne chaque année. 88% de ces décès concernaient des personnes de 65 ans et plus et 2% des enfants de moins de 1 an.

Entre 2000 et 2005, les deux indicateurs de l'objectif n° 40 de la loi de santé publique de 2004 ont évolué dans le bon sens (diminution de la mortalité) mais insuffisamment pour la catégorie des personnes âgées. Ainsi, si le taux brut de mortalité des moins de 1 an a diminué de près de 49 %, le taux comparatif de mortalité, standardisé sur l'âge, des 65 ans et plus n'a diminué que de 6,3 %.



*Nombre de décès d'enfants de moins de 1 an pour 100000 enfants de moins de 1 an, population estimée au 1^{er} janvier de chaque année, France métropolitaine.

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Exploitation FNORS.



* Standardisé sur la population de la France métropolitaine au recensement de 1990. Taux lissés sur trois ans.

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Exploitation FNORS.

Entre 2004 et 2006, les maladies infectieuses intestinales ont été la cause initiale de 888 décès en moyenne chaque année, soit 0,17 % de l'ensemble des décès.

88 % des décès par maladie infectieuse intestinale concernent des personnes de 65 ans et plus, ce qui fait de cette tranche d'âges une cible importante en matière de prévention, même si les maladies infectieuses intestinales n'y représentent que 0,19 % des causes initiales de décès.

Seulement 2 % des décès par maladie infectieuse intestinale concernent des enfants de moins de 1 an mais les maladies infectieuses intestinales représentent pour cette tranche d'âges une part relativement importante des causes de décès (0,70 %).

Les femmes, plus nombreuses que les hommes dans les tranches d'âges élevés, représentent, pour les années 2004 à 2006, 60,1 % des décès. Cependant, le taux comparatif de mortalité (TCM), standardisé sur l'âge, est supérieur chez les hommes (1,4 pour 100 000 contre 1,2 pour 100 000 chez les femmes). Cette surmortalité masculine se retrouve aussi bien chez les enfants de 0 à 5 ans (0,9 pour 100 000 chez les garçons contre 0,6 pour 100 000 chez les filles) que chez les personnes âgées de 65 ans et plus (8,5 pour 100 000 chez les hommes contre 7,4 pour 100 000 chez les femmes).

Au niveau régional, les TCM sont très hétérogènes. Ils vont, tous âges confondus, de 0,6 pour 100 000 en Corse à 3,0 pour 100 000 à la Réunion. Trois régions ont un TCM parmi les plus élevés, à la fois pour les 0 à 5 ans et pour les 65 ans et plus : il s'agit de la Réunion, du Nord – Pas-de-Calais et de la Franche-Comté. L'Alsace a un TCM parmi les plus élevés pour les 65 ans et plus mais parmi les plus faibles pour les 0 à 5 ans. À l'inverse, le Limousin, l'Île-de-France, l'Auvergne, la Martinique, la Picardie, le Poitou-Charentes et la Guyane ont un TCM parmi les plus élevés pour les 0 à 5 ans mais parmi les plus faibles pour les 65 ans et plus.

Ces chiffres, particulièrement pour les 0 à 5 ans, doivent être considérés avec prudence car il s'agit de faibles effectifs.

Toxi-infections alimentaires (TIAC)

Entre 2005 et 2007, 2 643 foyers de TIAC et 27 835 malades ont été déclarés en France. Dans 60 % des cas, l'épidémie est survenue en restauration collective. Dans 71 % des cas, l'agent pathogène a été identifié ou suspecté.

Sur la période 2005-2007, le taux moyen de déclaration de TIAC en France est de 1,4 foyer de TIAC pour 100 000 habitants. Au niveau régional, les taux vont de 0,7 foyer pour 100 000 habitants en Picardie à 2,6 foyers pour 100 000 habitants en Guyane. Les taux de déclarations selon les régions se répartissent uniformément entre ces deux extrêmes.

Partenaires associés

Le Bureau de la FNORS et les ORS d'Aquitaine, du Centre, de Guadeloupe et de Lorraine.

D10- Répertoire transfrontalier des acteurs de santé

Contexte

Faciliter les relations transfrontalières entre la France et la Belgique afin d'améliorer la vie quotidienne des populations, tel est l'objectif du groupe de travail parlementaire franco-belge. En effet, les pratiques transfrontalières, en constant progrès, restent confrontées à des barrières juridiques et administratives qui persistent et constituent des obstacles à la mise en œuvre d'actions partagées. À cela s'ajoute la complexité de l'organisation institutionnelle de part et d'autre de la frontière, qui demande pour chaque projet une implication de tous les niveaux, et particulièrement entre les gouvernements et les collectivités territoriales. Il est plus facile de travailler ensemble lorsqu'on se connaît.

L'espace frontalier franco-belge se caractérise par l'intensité des coopérations dans les domaines sanitaire et médico-social. Toutefois, cette densité d'actions n'efface en rien la complexité des dispositifs existants de part et d'autre de la frontière. En effet, en dépit des nombreuses opportunités pour se faire soigner, pour soigner et pour échanger les savoir-faire, la coexistence de plusieurs systèmes de soins contribue à brouiller les cartes. De plus, le caractère évolutif du contexte de la coopération, marqué par la signature d'un accord-cadre sur la coopération sanitaire transfrontalière, suppose d'être en permanence au fait de l'actualité. Face à ce constat, la population et les professionnels ont besoin de la vantage de l'isibilité des systèmes de santé respectifs et des acteurs.

Conscients de cette nécessité, le Gouvernement français, le Gouvernement fédéral de Belgique, la Communauté flamande, la Région wallonne et la Communauté française se sont associés pour créer un nouvel instrument répondant à cette préoccupation : le guide de la santé transfrontalière Nord - Pas-de-Calais – Belgique, dont l'appellation est devenue en 2008 : « répertoire transfrontalier des acteurs de santé ».

Objectifs

La Préfecture de Région a confié à l'ORS la conception et la réalisation d'un outil visant à faciliter les échanges, la création, le développement et l'accompagnement d'actions de coopération franco-belges.

Il s'agissait initialement de créer, à l'échelle de la région Nord – Pas-de-Calais et de toute la Belgique, un répertoire bilingue élaboré (français - néerlandais) des systèmes et des acteurs de la santé. Pour permettre l'accès à un large public (populations et acteurs de la santé) à un outil d'information riche et actualisé, l'ORS a conçu en complément un site Internet mis en ligne fin 2007.

Méthode utilisée

1- Partie « répertoire » :

- recensement des acteurs de santé de la région Nord - Pas-de-Calais et de toute la Belgique en tant que structure ;
- réalisation d'une base de données d'information ;
- présentation du projet à tous les acteurs et invitation à remplir une fiche de présentation sur un serveur sécurisé, présentation actualisable en temps réel par chaque structure.

2- Partie « guide » :

- recherche documentaire ;
- interviews terrain pour concevoir la partie « guide du projet ».

3- Conception et impression du guide de la santé transfrontalière

4- Conception et réalisation du site [http : www.guidesantefrancobelge.eu](http://www.guidesantefrancobelge.eu)

Territoire concerné

La région Nord – Pas-de-Calais et toute la Belgique.

Principaux résultats

Le répertoire transfrontalier des acteurs de santé a été présenté lors d'une conférence de presse, en Préfecture, le 3 juin 2008.

D11- Participation à l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques pour les études régionales et locales liées aux orientations fixées par le PNNS

Afin d'harmoniser les méthodes, les données collectées et les indicateurs utilisés dans le champ de l'alimentation et de la nutrition, un marché entre la DGS¹ et la FNORS a été signé au début du mois de décembre 2007.

La FNORS a été chargée de réaliser un « guide de bonnes pratiques pour les études régionales et locales en lien avec les objectifs du PNNS² et les objectifs nutritionnels de la loi de SP³ ».

Dans ce contexte, la FNORS a sollicité le réseau des ORS afin d'identifier des travaux relatifs à la nutrition et à l'activité physique existants au niveau local ou régional répertoriés ou non dans les bases de données documentaires usuelles. Le but était de recenser les études déclinées autour d'un ou de plusieurs des objectifs nutritionnels prioritaires ou spécifiques du PNNS.

¹ Direction Générale de la Santé.

² Programme National Nutrition Santé.

³ Santé Publique.

Expertise, réunions, soutien technique

L'action de l'ORS ne se cantonne pas aux activités les plus visibles que sont la publication d'études, la mise à disposition de données *via* son site Internet, ses principaux rendez-vous avec le grand public ou la presse. Régulièrement, il est sollicité afin de participer à des réunions, apporter un avis d'expertise ou contribuer par ses savoir-faire à la conception ou la conduite de telle ou telle action. Dans ce but, les deux partenaires essentiels de l'ORS que sont les services de l'État et le Conseil Régional, lui allouent chaque année et respectivement un temps de travail. De ce fait, la totalité des sollicitations des services de l'État, qu'il s'agisse ou non des affaires sanitaires et sociales, a pu être honorée. Pour le compte du Conseil régional, outre un *consulting* assidu dispensé auprès de ses propres services, les interventions ont bénéficié tant à de grands acteurs régionaux de santé, qu'aux services des intercommunalités (et assimilés) et à la presse.

Communication lors du congrès national des ORS (Marseille, octobre 2008), intitulée : « Maisons de Santé Pluridisciplinaires : expérience territorialisée de réduction des inégalités de santé »

L'inégalité d'accès aux professionnels de santé et à la prévention participe au constat d'inégalités de santé. Dans cette perspective, le Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais a confié à l'ORS Nord – Pas-de-Calais deux travaux concernant l'expérimentation des maisons de santé pluridisciplinaires. Le premier travail explore les motivations ou les freins à l'attractivité des maisons de santé pluridisciplinaires pour les professionnels de santé. En prolongement, le second travail consiste en la réalisation de diagnostics médico-sociaux et enjeux de territoire dans la perspective d'implantation d'une maison de santé pluridisciplinaire. Cette approche se fait en lien avec les porteurs de projet (Communes, EPCI, regroupements de professionnels de santé, etc.).

Ces travaux reposent sur l'analyse d'entretiens semi-directifs des professionnels de santé, libéraux ou hospitaliers, de représentants du monde de la prévention, d'élus. Les résultats de ces entretiens sont complétés par l'analyse des données de la démographie médicale, de l'activité hospitalière, de l'activité socio-économique du territoire concerné. Sont observés également la place que prennent les réseaux de santé formels ou informels, ainsi que l'état de santé de la population.

Les motivations à l'exercice médical en maison de santé peuvent être synthétisées en sept points touchant à l'amélioration des soins et des conditions de travail du professionnel. Les freins à cette attractivité, synthétisés en cinq points, touchent au mode de concertation, à la charge de travail et au choix de la rémunération. Les premiers résultats de réalisation des diagnostics et enjeux de territoire font émerger les rapports entre démographie médicale et type d'organisation des soins ; l'importance des ressources socio-sanitaires existantes ou manquantes sur le territoire ; la place que peut prendre l'hospitalier dans une organisation de soins territorialisée, l'articulation nécessaire entre soins, éducation à la santé et le maillage entre les champs médicaux et sociaux.

Dans les prochaines années, l'organisation des soins sera un axe important dans l'évolution de notre système de santé en France. Les récents États Généraux de l'Organisation des soins en témoignent. Les enjeux de cette organisation touchent aux modalités et à la régionalisation. Les constats sur le système de santé sont multiples et fournis, les maisons de santé pluridisciplinaires apparaissent comme une des solutions pouvant répondre à plusieurs problématiques, notamment à celles des réductions des inégalités de santé.

Participation au Conseil scientifique et réalisation de cartes pour la Fédération de Recherche en Santé Mentale (F2RSM)

Cette collaboration fut initiée devant le besoin de la F2RSM de disposer d'un regard expert extérieur. La nécessité de disposer de cartes régionales a été la première contribution concrète puisque la F2RSM ne disposait pas de la technologie nécessaire pour les produire. L'ORS a ainsi collaboré à la réalisation de celles-ci grâce à SIGORS, son système d'information géographique. Les données nécessaires à la production de ces cartes sont issues de deux sources : la F2RSM qui a fourni ses propres données à cartographier et le répertoire ADELI pour les données sur les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge des pathologies mentales.

La liste des cartes réalisées est la suivante :

- Nombre et répartition des psychiatres par secteurs de psychiatrie adulte (données F2RSM).
- Nombre et répartition des psychiatres par secteurs de psychiatrie infantile-juvénile (données F2RSM).
- Nombre et répartition des psychiatres libéraux par secteurs de psychiatrie adulte (données F2RSM).
- Nombre et répartition des psychiatres libéraux par secteurs de psychiatrie adulte (données ADELI au 1^{er} janvier 2006).
- Nombre et répartition des psychiatres libéraux par secteurs de psychiatrie infantile-juvénile (données F2RSM).
- Nombre et répartition des psychiatres libéraux par secteurs de psychiatrie infantile-juvénile (données ADELI au 1^{er} janvier 2006).
- Nombre et répartition des psychologues par secteurs de psychiatrie adulte (données F2RSM).
- Nombre et répartition des psychologues par secteurs de psychiatrie infantile-juvénile (données F2RSM).
- Nombre et répartition des Centres Médico-Psychologiques (CMP) par secteur de psychiatrie adulte (données F2RSM).
- Nombre et répartition des Centres Médico-Psychologiques (CMP) par secteur de psychiatrie infantile-juvénile (données F2RSM).
- Nombre et provenance des participants à la journée scientifique de la F2RSM.

Demandes statistiques *ad hoc*

Contexte

Parmi ses missions, l'Observatoire Régional de la Santé se doit de « réunir toute information relative à la santé et ses déterminants dans la région et d'en faire part à toute personne qui en fera la demande ».

Résultats

DEMANDE D'INDICE COMPARATIF DE MORTALITE

Chaque année, l'ORS réalise pour différents organismes le calcul d'indices comparatifs de mortalité (ICM) correspondant à leur territoire d'analyse et d'action (SCOT 2007, Secteurs de psychiatrie...). Souhaitant répondre au mieux aux besoins spécifiques de chacun, les indices comparatifs de mortalité sont calculés à partir des données de mortalité récentes, régulièrement actualisées, et pour différents types de mortalité (tous âges et prématurée).

Organismes demandeurs en 2008 :

- Agence d'Urbanisme et de Développement de la Région Flandre-Dunkerque (AGUR).
- Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale.
- Opaline 62.
- ARH Nord – Pas-de-Calais.
- Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais.
- PTS du Cambrésis.

Tableau 13 : Exemple de tableau d'indices comparatifs de mortalité par SCOT¹ (demande de l'AGUR)

C00-D48 - II. Tumeurs Années 2002 - 2004		Mortalité tous âges						Mortalité prématurée									
Zone	Nom de la zone géographique	Nombre de décès observés cumulés		ICM (France=100)													
		H	F	H			F			Nombre de décès observés cumulés		ICM (France=100)					
				IC inf	ICM	IC sup	IC inf	ICM	IC sup	H	F	IC inf	ICM	IC sup	IC inf	ICM	IC sup
RÉGION	Nord - Pas-de-Calais	19 226	12 541	127,8	129,6	131,5	111,7	113,7	115,7	7 386	3 451	144,7	148,1	151,5	115,9	119,8	123,9
DÉPARTEMENT	Nord	11 847	7 722	126,5	128,9	131,2	110,9	113,4	116,0	4 560	2 125	140,5	144,6	148,9	111,6	116,5	121,6
	Pas-de-Calais	7 379	4 819	127,9	130,9	133,9	111,0	114,2	117,4	2 826	1 326	148,4	154,0	159,8	118,9	125,6	132,6
SCOT	Commune hors SCOT 2007	558	322	110,0	119,7	130,1	94,9	106,2	118,5	207	81	139,1	160,1	183,5	92,5	116,4	144,7
	SCOT de Lens-Liévin / Hénin-Carvin	1 991	1 284	137,9	144,2	150,7	109,3	115,5	122,0	821	371	168,3	180,4	193,2	124,5	138,2	153,0
	SCOT de Marquion-Osartis	206	137	108,1	124,5	142,7	103,6	123,3	145,8	74	44	100,1	127,5	140,0	99,5	137,0	183,9
	SCOT de l'Artois	1 476	986	128,8	135,6	142,7	107,5	114,5	121,9	551	270	144,1	156,9	170,6	118,0	133,5	150,4
	SCOT de l'Audomarois	500	364	101,7	111,3	121,5	105,5	117,2	129,9	185	94	105,4	122,4	141,3	90,6	112,1	137,2
	SCOT de l'Avesnois	1 182	715	117,0	124,0	131,3	98,8	106,5	114,6	422	202	112,7	134,3	147,7	99,5	114,8	131,8
	SCOT de la Flandre Intérieure	561	350	108,0	117,6	127,7	94,9	105,7	117,4	207	95	112,8	129,9	148,9	87,0	107,5	131,4
	SCOT de la Région Flandres Dunkerque	1 261	759	124,2	131,4	138,8	104,1	111,9	120,2	514	224	129,5	141,5	154,2	96,1	110,1	125,5
	SCOT de la Terre des Deux Caps	90	55	84,8	105,4	129,6	75,0	99,5	129,5	38	13	98,3	138,9	190,6	47,1	88,4	151,2
	SCOT du Boulonnais	734	459	129,3	139,2	149,7	102,6	112,7	123,5	286	120	142,3	160,4	180,1	94,4	113,9	136,2
	SCOT du Calaisis	705	459	121,8	131,3	141,4	105,5	115,8	126,9	267	113	123,9	140,2	158,0	84,8	102,8	123,7
	SCOT du Cambrésis	785	557	112,5	120,8	129,6	107,5	117,0	127,2	276	141	123,8	139,8	157,3	103,3	122,7	144,7
	SCOT du Douaisis	1 258	806	126,6	133,9	141,5	106,1	113,8	121,9	482	207	145,2	159,0	173,9	102,4	117,9	135,1
	SCOT du Montreuillois	399	234	114,8	126,9	140,0	90,5	103,4	117,5	146	63	132,9	157,4	185,1	90,0	117,1	149,8
	SCOT du Pays du Ternois	211	154	99,3	114,1	130,6	102,6	120,9	141,6	69	37	110,8	142,4	180,2	98,6	140,1	193,0
SD de Lille Métropole	4 970	3 437	121,9	125,4	128,9	111,1	114,9	118,8	1 922	960	130,2	136,2	142,4	108,8	116,0	123,6	
SD de l'Arrageois	474	330	108,4	118,8	130,0	103,3	115,4	128,6	177	106	112,5	131,2	152,0	108,7	132,8	160,6	
SD de l'Arrondissement de Valenciennes	1 865	1 133	138,0	144,6	151,2	109,1	115,7	122,6	742	310	163,3	175,7	188,8	111,7	125,2	140,0	

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

PRESENTATION DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE DES CANCERS DES VADS DANS LE NORD – PAS-DE-CALAIS

Dans le cadre d'un atelier de travail visant à réfléchir sur la mise en place d'un dépistage des VADS pour les usagers du dispositif d'addictologie du Nord – Pas-de-Calais, le GRAA a demandé à l'ORS de présenter l'épidémiologie de ce type de cancer au niveau du Nord – Pas-de-Calais.

Cette présentation a mis en évidence la situation particulièrement difficile de la région, marquée par une incidence importante des cancers des VADS qui, en 20 ans, a considérablement augmenté chez les femmes pour atteindre en 2000, avec l'Île-de-France, le niveau le plus élevé des régions de France métropolitaine et qui, chez les hommes, contrairement aux autres régions, n'a pas diminué mais au contraire a continué d'augmenter lentement.

La mortalité (ICM période 2002-2004) par cancers des VADS dépasse aussi le niveau national et l'analyse cartographique des ICM fait ressortir des zones de surmortalité par rapport à la moyenne régionale dans les territoires situés dans l'ancien bassin minier et le secteur de Dunkerque chez les hommes, et le secteur de Lille en ce qui concerne les femmes.

- Dans le cadre du projet « **pôle régional de compétences en éducation pour la santé et promotion de la santé** », inscrit au programme d'activité du GIE GRPS, **l'ORS a participé à des réunions du groupe qualité des actions**, intervenant entre autres pour :
 - La présentation dudit projet à partir du diaporama et des documents remis au comité de suivi.
 - Une lecture de la partie « activité action ou programme » du guide d'auto-évaluation proposée par la FNES², réalisée en séance.
 - Le recueil de quelques réactions et questions sur la partie du projet à développer.
 - ✓ Citation par les participants de plusieurs outils qui permettraient d'appréhender la qualité des actions de façon complémentaire.
 - ✓ Validation par le groupe de la démarche qualité des actions.
- Sur l'année 2008, l'ORS a participé et a répondu aux sollicitations de :
 - Les ateliers de prospective mis en place par la Direction du Développement Durable, de la Prospective, et de l'Évaluation du Conseil régional.
 - Préfiguration d'un groupe de prospective santé ;

¹ Schéma de Cohérence Territoriale.

² Fédération Nationale des comités d'Éducation pour la Santé.

- Participation au Collège régional de prospective (fabrique 6 : mobiliser la société régionale et renforcer la citoyenneté) ;
 - Participation au groupe de suivi de l'étude prospective sur la consommation et ses effets sur le développement territorial ;
 - Participation au groupe de suivi de l'étude prospective sur les besoins en aménités face au changement climatique des territoires du Nord – Pas-de-Calais à l'horizon 2025 ;
 - Participation au groupe baromètre des inégalités et de pauvreté.
- Participation aux travaux du Comité régional de l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé ;
 - Contribution à une note de réflexion portant sur les zones d'offre de soins déficitaires ;
 - Le Lycée Valentine LABBÉ, Département Recherche et Industrie Biologiques et Chimiques et Département Santé ;
 - Le Pôle Santé de Valenciennes ;
 - Le Conseil Général du Pas-de-Calais ;
 - L'EPSM¹ de Lille Métropole ;
 - Opaline 62 ;
 - La CPAM² de Valenciennes ;
 - L'INSERM³ ;
 - L'INVS⁴ ;
 - La DGS⁵ ;
 - Le SPPPI⁶ Artois ;
 - L'AFSSET⁷ (participation au colloque sur les inégalités) ;
 - L'INSEE⁸ Nord – Pas-de-Calais (collaboration et expertise) ;
 - La Commission Régionale de la Naissance ;
 - Participation aux travaux de la Fédération nationale des ORS ;
 - Participation et intervention au congrès national des ORS à Marseille ;
 - Collaboration avec les services de l'AGUR⁹ de Dunkerque pour la réalisation d'une enquête auprès des professionnels de la santé dans la région Flandre-Dunkerque ;
 - Rencontres avec les services de l'ADU¹⁰ Saint-Omer ;
 - Rencontres expertise et conseil auprès des services de la Communauté d'Agglomération de Boulogne-sur-Mer ;
 - Participation au 1er colloque international francophone. *La santé communiquer pour qui, pour-quoi, avec quels enjeux.* ISTC¹¹. GHICL¹² ;
 - Collaboration avec les services du SGAR¹³ (Préfecture de Région) ;
 - Rencontres avec la commission santé/affaires sociales du CESR¹⁴ ;
 - Rencontres avec les services de l'ARH¹⁵ ;

¹ Établissement Public de Santé Mentale.

² Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

³ Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale.

⁴ Institut de Veille Sanitaire.

⁵ Direction Générale de la Santé.

⁶ Secrétariat Permanent pour la Prévention des Pollutions Industrielles.

⁷ Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail.

⁸ Institut National de la Statistique et des Études Économiques.

⁹ Agence d'Urbanisme et de Développement de la Région Flandre - Dunkerque.

¹⁰ Agence d'Urbanisme de Saint-Omer.

¹¹ Institut des Sciences et Techniques de la Communication.

¹² Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille.

¹³ Secrétariat Général des Affaires Régionales.

¹⁴ Conseil Économique et Social Régional.

¹⁵ Agence Régionale de l'Hospitalisation.

- Rencontres avec le Cabinet Deloitte, à propos d'une enquête de préfiguration d'une agence régionale Santé Environnement ;
- Rencontres avec les presse écrite et parlée (Voix du Nord, France 2, France 3, TF1, M6, l'Express, etc.).

Articles publiés

- 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* 2007 ; 2-3 : 17-20.
- Host S, Larrieu S, Pascal L, Blanchard M, Declercq C, Fabre P, Jusot J-F, Chardon B, Le Tertre A, Wagner V, Prouvost H, Lefranc A. Short-term associations between fine and coarse particles and hospital admissions for cardiorespiratory diseases in six French cities. *Occup. Environ. Med.* 2008; 65: 544-551.
- Bretin P, Garnier R, Chatelot J, Lecoffre C, Delour M, Cheymol J, Ginot L, Declercq C, Cottrelle B, Friedrich D, Kremp O, Etiemble J, Salomez J-L. Dépistage du saturnisme chez l'enfant en France depuis 1995 : pratiques, résultats, évolutions, recommandations. *BEH* 2008 ; 44 : 421-4.

Avril 2009



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>