

# Rapport d'activité 2009

---

---





# **Rapport d'activité**

---

***Année 2009***



## Sommaire

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Réunion des instances</b>  | <b>5</b>  |
| Conseil d'administration  | 5         |
| Assemblée générale  | 5         |
| <b>Activité de gestion</b>  | <b>7</b>  |
| Ressources humaines   | 7         |
| Trésorerie  | 7         |
| Le GIE Groupement Régional de Promotion de la Santé   | 7         |
| <b>Activités permanentes</b>  | <b>8</b>  |
| Le DRI  | 8         |
| SISMO   | 8         |
| Indicateurs statistiques mis en ligne en 2009   | 9         |
| 50/51° Nord, les petits dossiers de l'ORS Nord – Pas-de-Calais  | 10        |
| <b>Deuxième journée de l'ORS</b>  | <b>11</b> |
| <b>SIGORS</b>   | <b>13</b> |
| <b>Etudes &amp; travaux</b>   | <b>15</b> |
| • Nouveaux indicateurs de santé – indices de comparaison du Nord – Pas-de-Calais et de ses territoires  | 16        |
| • Observations inattendues et capricieuses de la santé  | 21        |
| • Enquête sur les besoins de santé locaux   | 23        |
| • D'un Schémas Régional d'Organisation Sanitaire à des Projets Locaux de Santé  | 28        |
| • Réalisation d'un Atlas de la santé sur l'Audomarois   | 32        |
| • Refonte des fiches d'indicateurs territoriaux de santé  | 34        |
| • Mise à jour 2009 des indicateurs statistiques du site de l'ORS  | 36        |
| • Cancer, Inégalités Régionales, Cantonales et Environnement (CIRCÉ) Poursuite du projet  | 44        |
| • Production de données pour le Glasgow Centre for Population Health (GCPH)   | 46        |
| • Diagnostic préalable à la mise en place de maisons de santé pluridisciplinaires   | 48        |
| • Recensement et analyse des diagnostics locaux de santé, dans le cadre de la FNORS   | 52        |
| • Etat des lieux de l'observation sanitaire, sociale et médico-sociale en région – recensement des structures et dispositifs d'observation en région, dans le cadre de la FNORS | 53        |
| • INTERREG IV : Génération en santé   | 54        |
| <b>Autres activités</b>   | <b>59</b> |
| Sollicitations et interventions   | 59        |
| Evaluation des Appels à Projets des Actions de Santé (APAS) 2009 du Nord – Pas-de-Calais  | 61        |
| Poursuite du partenariat ORS Nord – Pas-de-Calais / CETAF   | 63        |
| Rédaction d'articles  | 65        |



## Réunion des instances

Au cours de l'année 2009, les instances de l'ORS sollicitées par son Président, Jean-Louis SALOMEZ, se sont réunies le 23 avril 2009.

### Conseil d'administration

Compte tenu de la similarité des questions inscrites à l'ordre du jour de l'Assemblée Générale et du Conseil d'Administration, le Président a proposé de voir les points particuliers relevant de cette instance.

- ✘ Approbation du PV de la réunion du Conseil d'Administration du 02/12/2008
- ✘ Bilan et examen des participations institutionnelles  
L'ORS est membre adhérent de la FNORS (Fédération Nationale des ORS) ; de l'Observatoire Franco-Belge de la Santé et du GIE GRPS ; le Président propose aux membres d'examiner en détail ces adhésions.

Le procès-verbal de cette réunion relate en détail les débats.

### Assemblée générale

Cette réunion a été essentiellement consacrée à la présentation de l'activité réalisée par l'ORS au titre de l'année 2009.

- ✘ Approbation du PV de la réunion de l'Assemblée générale du 02/12/2008
- ✘ Présentation du rapport d'activité 2008, des comptes de résultat et bilan.

Le premier chapitre du rapport d'activité, permet au président de rappeler la situation de grande difficulté financière de l'ORS en 2008 qui l'a conduit à la mise en œuvre d'une procédure de licenciements pour motif économique.

Trois postes ont été supprimés ; les salariées concernées, qui appartenaient l'un au groupe « études », l'autre au groupe « soutien aux études », et le dernier au groupe « administration-gestion », ont accepté la Convention de Reclassement Personnalisée (CRP) et ont quitté l'Observatoire le même jour, début juillet.

Début août, le Président a reçu la démission d'un chargé d'étude, Christophe DECLERCQ, lequel a rejoint l'INVs début octobre.

Au 31 décembre 2008, le personnel de l'Ors se composait de 9 personnes.

- l'examen des comptes de résultat et bilan de l'année.

⊗ Total des charges 2008 = 1 292 119,50 €  
⊗ Total des produits 2008 = 1 202 786,34 €  
Le budget 2008 accuse un déficit de : -89 333,16 €.

L'allègement financier procuré par la mise en œuvre de la procédure de licenciements économiques n'était pas encore perceptible compte tenu du versement des indemnités qui courait encore en 2008. C'est surtout en 2009 que les répercussions financières des licenciements se feront sentir.

Grâce à un effort de gestion rigoureux les dépenses ont diminué de 238 K€ par rapport à l'année 2007.

À l'inverse, les charges financières accusent une augmentation de l'ordre de 265 %. Le découvert bancaire maximum atteint s'est élevé à -400 000 €. La banque a suivi malgré tout. Au cours de l'année 2008, la crainte de ne pas être soutenu par elle a été omniprésente.

Les recettes 2008, en regard de l'année précédente, ont baissé de 296 K€.

Les reprises sur amortissements et provisions sont en baisse de 96 % comparativement à 2007.

Les produits financiers affichent une diminution de 76 %.

▪ **Présentation du rapport général et du rapport spécial du Commissaire aux comptes**

Maître CAPPELIER n'ayant pu assister à cette séance, le Pr SALOMEZ donne une lecture fidèle des documents qu'il a reçus de ce dernier.

Dans le 1<sup>er</sup> point de son rapport général, *Opinion sur les comptes annuels*, le Commissaire aux Comptes met l'accent sur le paragraphe suivant :

**« Après affectation du résultat, vos fonds propres seront négatifs de 67 K€. Il est impératif de contacter les financeurs afin qu'ils puissent vous apporter les fonds nécessaires au maintien de l'activité de l'observatoire. »**

Il conclut ce rapport par :

« De fait et dès le 05 juin 2008, votre Président et le Commissaire aux comptes ont initié une procédure d'alerte et nous nous sommes entretenus des décisions qu'il pouvait prendre afin de réduire les charges dans une conjoncture difficile et des conseils d'administration ont confirmé les décisions adoptées.

Pour l'exercice en cours, il est important de retrouver au minimum l'équilibre de gestion. »

Lecture est ensuite faite du courrier de Maître CAPPELIER à propos du recensement des contrats conclus entre une association et une autre personne morale ayant des administrateurs ou dirigeants communs. Il y est stipulé que, désormais, au regard d'un texte voté récemment au parlement modifiant l'article L6/2-5 du Code de commerce, le Commissaire aux comptes devra indiquer dans son rapport spécial l'existence et le renouvellement de ces conventions.

Le Président poursuit ensuite la lecture du rapport d'activités 2008. (Téléchargeable sur [www.orsnpdc.org/axes/activite2008.pdf](http://www.orsnpdc.org/axes/activite2008.pdf))

Sont ensuite abordés les éléments du programme d'activité 2009 et le budget prévisionnel 2009. Le Président insiste et réaffirme sa volonté de trouver l'équilibre en 2009, voire de combler le déficit en 2009.

## Activité de gestion

### Ressources humaines

Deux salariées sur les trois licenciées ont engagé une procédure prudhommale en septembre 2009.

L'aide d'une spécialiste en droit social a été sollicitée. La procédure est toujours en cours au 31 décembre 2009.

Un temps de travail important a été consacré à cette procédure.

**Au 31 décembre 2009, le personnel se composait de 9 personnes.**

L'évaluation du personnel sur l'année 2009 a été réalisée (pas en 2008).

L'ORS a accueilli 2 internes de santé publique ainsi que 2 stagiaires.

A noter également, dans le cadre d'une éventuelle pandémie grippale, l'ORS a établi son Plan de Continuité d'activité.

Enfin sur l'aspect social, l'ORS a mis à plat ses contrats frais de santé et prévoyance, pour une mise en conformité avec les textes, mais aussi pour une équité entre tous les salariés.

### Trésorerie

L'année 2009 a été moins chaotique que 2008. En conséquence les agios ont été moins élevés cette année. (cf compte de résultat et bilan)

### Le GIE Groupement Régional de Promotion de la Santé

Sur l'année 2009, les échanges intra-GIE ont été nombreux, formalisés par des réunions de direction, des conseils de maison, mais aussi des dossiers plus spécifiques.

## 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. Il 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 :  
La base contient 4800 documents au 31 décembre 2009.

**3-** Veille documentaire pour les chargés d'études (liste non exhaustive) : addiction, aménagement du territoire, cancer, démographie médicale, économie de la santé, environnement et santé, géographie, personnes âgées, santé des jeunes, santé mentale etc.

**4-** Recherche documentaire sur demande extérieure à l'ORS :  
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 etc.  
Au total, le DRI a traité une quarantaine de demandes individuelles (documentaires ou statistiques) en 2009. Les thèmes les plus demandés ont été :

- la démographie des professions de santé,
- la mortalité par pathologie,
- les adolescents (grossesse, obésité, suicide),
- les personnes âgées (alcool, santé), l'accès aux soins
- Santé des personnes prostituées
- Promotion santé auprès des migrants
- Santé et environnement
- Système de soins
- Nouveaux cas de tuberculose
- Alcoologie
- Epidémiologie des cancers
- Périnatalité
- Personnes handicapées
- Données sur la population de la région
- Permanence des soins

**5-** Le service a également en charge le site Internet de l'ORS, ainsi que l'administration réseau.

### SISMO

En 2009, le site Internet de l'ORS Nord – Pas-de-Calais a comptabilisé 72 485 visites et près de 251 000 téléchargements.

Parmi les travaux qui intéressent le plus les internautes, figurent les études suivantes :

- Accessibilité des professionnels de santé : une approche régionale de l'offre de soins et de son éloignement, 2008
- Atlas des professions de santé du Nord - Pas-de-Calais, 2005
- Le cancer dans la Communauté d'Agglomération de la Porte du Hainaut et dans la Communauté de Communes du Cœur d'Ostrevent, 2008
- Sport et Santé. Bilan de la problématique. Données disponibles et propositions, 2001
- Enquête sur la perception et la connaissance du cancer dans le Nord – Pas-de-Calais 2007, 2008
- Moniteur 2002

Les indicateurs statistiques, produits par l'ORS et régulièrement mis à jour, intéressent de plus en plus les internautes (près de 60 000 téléchargements).

## **Indicateurs statistiques mis en ligne en 2009**

<http://www.orsnpdc.org/donnees/index.html>

### **Etat de santé : Mortalité par causes dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007**

- Mortalité toutes causes de décès confondues dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
- Mortalité évitable par des actions sur les facteurs de risques individuels dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
- Mortalité évitable par des actions sur le système de soins dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
- Mortalité par cardiopathies ischémiques dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
- Mortalité par maladies de l'appareil respiratoire dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
- Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
- Mortalité par maladies cérébrovasculaires dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
- Mortalité par maladie chronique du foie dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
- Mortalité par tumeurs malignes dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
- Mortalité par tumeur maligne du col de l'utérus dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
- Mortalité par tumeur maligne du côlon dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
- Mortalité par tumeur maligne de l'estomac dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
- Mortalité par tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx, dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
- Mortalité par tumeur maligne du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
- Mortalité par tumeur maligne de la prostate dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
- Mortalité par tumeur maligne de l'œsophage dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
- Mortalité par tumeur maligne du sein dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
- Mortalité par abus d'alcool (y compris psychose alcoolique) dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
- Mortalité par accidents de la circulation dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
- Mortalité par diabète sucré dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
- Mortalité par suicides dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007

### **Population : Etat et dynamique**

#### **1. Familles et ménages dans le Nord - Pas-de-Calais en 2006**

- La famille dans le Nord - Pas-de-Calais en 2006
- Les ménages dans le Nord - Pas-de-Calais en 2006
- Population au sein des ménages dans le Nord - Pas-de-Calais en 2006

#### **2. Population du Nord - Pas-de-Calais en 2006**

- Évolutions démographiques de la population du Nord - Pas-de-Calais en 2006
- Recensement de la population du Nord - Pas-de-Calais en 2006 : effectif, densité et variation
- Population du Nord - Pas-de-Calais par groupe d'âge en 2006
- Nord - Pas-de-Calais en 2006 : natalité, fécondité, mortalité

### **Offre de soins : Professionnels de santé**

- Les professionnels de santé : emplois du secteur d'activité économique de la santé dans le Nord - Pas-de-Calais en 2006
- Démographie médicale dans le Nord - Pas-de-Calais : évolution 2005-2008

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

### **Trois numéros de 50/51° Nord sont parus en 2009 :**

- n° 21 : Maisons de santé : pluriel et singulier du Nord - Pas-de-Calais ;
- n° 22 : Une région de don ;
- n° 23 : Les intercommunalités et la santé.

Le quatrième portant sur les régions postindustrielles a fait l'objet d'un travail engagé en 2009 mais n'a été publié qu'en 2010.

Ils ont été imprimés à 4 000 exemplaires pour chaque numéro. A ceci, il convient d'ajouter les exemplaires téléchargés depuis le site de l'ORS.

## Deuxième journée de l'ORS

*La 2<sup>e</sup> journée de l'ORS a eu lieu au Nouveau Siècle à Lille, mardi 9 mars 2010.*

### **Santé Publique :**

#### **à l'heure de la mondialisation, peut-on encore penser local ?**

Les politiques de santé sont-elles pertinentes lorsqu'elles sont bâties en tenant seulement compte du niveau local, régional ou national ?

Le processus de régionalisation, qui se poursuit avec la mise en place prochaine des Agences Régionales de Santé, peut donner à le penser : à chaque territoire, des enjeux et problématiques spécifiques peuvent trouver des réponses adaptées. Certes, si l'organisation de la santé se pense localement, la Santé Publique, elle, est considérablement influencée par les évolutions de la société. Or, ces mutations sont aujourd'hui profondément influencées par la mondialisation, qu'il s'agisse de la culture, au sens large, des conditions économiques, des faits sociaux, des conditions de vie, sans parler de la circulation des personnes et de la propagation des maladies épidémiques.

Partout dans le monde s'observent les mêmes phénomènes de maladies émergentes, l'augmentation des maladies chroniques, des cas d'obésité, de vieillissement de la population.

Tout ceci est à rapprocher d'une généralisation de nos modes de vie : l'alimentation, l'accélération de la mobilité mais aussi de la globalisation de la connaissance. Déjà, la santé se « mondialise » : les décisions face aux risques biologiques ou chimiques, aux menaces d'épidémies, sont prises à l'échelle internationale ; 18 % des médecins travaillant dans les états de l'OCDE viennent de pays extérieurs ; 8 000 médecins exerçant en France ont des diplômes délivrés en dehors de l'Union Européenne ; depuis 1948, l'Organisation Mondiale du Commerce gère des pans thématiques directement liés à la santé (contrôle des maladies infectieuses, accès aux médicaments, tabac, sécurité alimentaire, accès aux services de santé, biotechnologies, etc.).

Pourtant, au niveau européen, la Santé Publique est encore conçue comme un domaine annexe. Au niveau national, c'est encore en référence aux frontières, aux territoires et à leurs spécificités, que se conçoit la santé.

Comment est-il possible, dans ce contexte, de construire et de mettre en œuvre des politiques locales de santé ?

**Professeur Jean-Louis SALOMEZ : Présentation de la thématique**

*Président de l'Observatoire régional de la santé Nord - Pas-de-Calais,  
Professeur des universités, Faculté de médecine, Université de Lille 2, CHRU Lille,  
Président du Groupement régional de promotion de la santé Nord – Pas-de-Calais.*

**Professeur Antoine FLAHAUT : Mondialisation, une nouvelle réalité sanitaire**

*Directeur de l'École des hautes études en santé publique,  
Professeur de santé publique de l'université Pierre et Marie Curie,  
Chef du département de santé publique de l'hôpital Tenon à Paris.  
A dirigé l'équipe de recherche « Sentinelles » de l'Inserm  
et le centre collaborateur de l'OMS pour la surveillance électronique des maladies.  
A développé avec l'OMS le système mondial de surveillance de la grippe.  
Il a été chargé de constituer en 2006 une cellule interdisciplinaire de coordination des recherches  
sur le chikungunya.*

**Professeur Yves LACOSTE : Mondialisation et questions géopolitiques**

*Géographe,  
Professeur émérite, Université Paris-VIII,  
Fondateur de la revue Hérodote.  
Fondateur, en 1989, du Centre de recherches et d'analyses de géopolitiques,  
devenu l'Institut français de géopolitique.  
Auteur de nombreux ouvrages.*

# 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, un des principaux SIG présent sur le marché. 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 2009*

En 2009, la recherche, la collecte, l'organisation et le traitement des données à caractère géographique qui font parties 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 sur notamment :

- Les diagnostics territoriaux élaborés par l'ORS et qui accompagnent les projets de maisons de santé pluridisciplinaires
- Les observations inattendues et capricieuses de la santé
- La mise en place d'un observatoire de la santé par l'Agence d'Urbanisme et de Développement de la région de Saint-Omer
- La démographie des professions de santé
- Les demandes extérieures provenant des acteurs de santé de la région et des différentes associations présentes au sein du GRPS
- La Fédération de recherche en santé mentale



## **Études & travaux**



## ■ Nouveaux indicateurs de santé – indices de comparaison du Nord – Pas-de-Calais et de ses territoires

Depuis près de trente ans les ORS produisent des indicateurs qu'il a fallu faire connaître, en qui il a fallu donner confiance, puis enfin en préciser le sens.

Un indicateur, c'est avant tout une mesure qui évalue une dimension, un aspect d'un objet, ici la santé humaine, le système de santé mais aussi ses principaux déterminants de la santé et quelques facteurs connexes. Selon le dictionnaire le Robert, un indicateur est une variable dont certaines valeurs sont significatives.

Donner la mesure d'une dimension exonère de s'interroger point par point, *item par item*, sur le champ couvert. Il est habituel pour un fabricant d'indicateur de considérer, peut être un peu trop rapidement qu'est indicateur de santé, un indicateur produit par l'un des acteurs, institutionnel souvent, de la santé. Ceci explique donc que dans la quasi-totalité des cas, les indicateurs de santé suivent les points considérés à une époque donnée comme essentiels. L'indicateur, parce qu'il est produit par un système, un système de santé en l'occurrence, est *conséquentiel* et pas un précurseur. Sa fonction est de suivre un aspect considéré à un moment de l'histoire comme important, capital.

Il est de plus en plus certain, nous semble-t-il, qu'il est et sera nécessaire, pour traiter convenablement et avec honnêteté des questions de Santé publique, d'emprunter un chemin similaire à celui qui a été balisé par la Commission Stiglitz dès avril 2008. Cette commission sur la mesure des performances économiques et du progrès social a pour but de développer une réflexion sur les moyens d'échapper à une approche trop quantitative, trop comptable de la mesure de nos performances collectives, et d'élaborer de nouveaux indicateurs de richesse. Aussi, pour échapper à une approche trop axée sur le seul constat d'état de santé inégaux entre groupes sociaux, sexes ou territoires, fondés sur l'analyse de la mortalité, ou privilégiant l'observation des dépenses de santé, il sera nécessaire d'ici peu de concevoir de nouveaux indicateurs de santé susceptibles d'accompagner la conduite de politiques de santé.

Les données spécifiquement sanitaires, descriptives de la fréquence des pathologies –la morbidité– sont rares et partielles.

Il en va de même pour les informations relatives aux comportements des français, qu'il conviendrait de bien mieux cerner. Cette méconnaissance s'accroît, pire encore, pour ce qui est des attentes de la population vis-à-vis du système de santé en général ou vis-à-vis de tel ou tel de ses segments. Ce que beaucoup de services publics ont pu commanditer en ce domaine, reste encore très souvent à faire.

Toutefois il nous a été possible d'exploiter une large part des données issues de l'INSEE se rapportant aux emplois du secteur d'activité économique santé, qui constitue une autre source d'information fiable et sérieuse. Enfin, les dernières données démographiques issues du recensement général de la population ont bien sûr été adjointes à ce recueil en tant qu'éléments descriptifs de contexte.

### CE QUI EXISTE LÀ OÙ CELA EST UTILE

A défaut de données totalement spécifiquement sanitaires et satisfaisantes, ce rapport présente ce qui existe aujourd'hui comme éléments de constats, des données de contextes et quelques rubriques descriptives d'une présence d'une offre de soins et quelques uns de ses prolongements.

Il importe d'insister sur le fait que ces indicateurs disponibles ne sont pas, selon nous, suffisants pour servir l'aide à la décision et sont donc limités dans leurs capacités à accompagner les politiques publiques, avec un niveau de fiabilité et de vraisemblance satisfaisante. Les données, les champs couverts sont intéressants mais trop partiels. Les échelons géographiques ou territoriaux auxquels ils sont accessibles varient considérablement. Or, il est de plus en plus patent qu'il est essentiel de disposer d'indicateurs locaux, c'est-à-dire infrarégionaux, permettant de concevoir des projets, d'en suivre leur avancement et se donner ainsi une chance de savoir si l'objectif a été ou non atteint au terme prévu de l'entreprise.

La production d'indicateurs statistiques, connaît de très lourdes limitations statistiques lorsqu'il s'agit de l'échelon territorial local. En effet, les populations concernées sont très souvent, même dans une région aussi dense et urbanisée que le Nord – Pas-de-Calais, insuffisamment nombreuses pour que les indices élaborés puissent atteindre la pertinence, tant leur instabilité (leur susceptibilité à varier dans de larges proportions entre deux périodes) est prégnante. Pour être acceptable, le recours à la mortalité de l'ensemble des classes d'âge doit se rapporter à une population d'au moins 10 000 habitants. Il en faut quatre fois plus s'il s'agit de mortalité prématurée, ce qui signifie qu'en moyenne en France, 10 % des zones d'emplois, 30 % des Pays,

95 % des Communautés de Communes et la quasi-totalité des cantons de France ne pourraient être le cadre local d'indicateurs fiables, si les statistiques produites n'étaient établies sur plusieurs années regroupées. Cette variabilité est elle-même instable entre régions.

Ces limites sont particulièrement patentes dans l'analyse du système de soins, de la démographie des professions de santé. En effet, s'il est plus qu'acceptable de dénombrer les effectifs de médecins ou de sages-femmes par région ou département en admettant, toutes choses étant égales par ailleurs, que leurs présences effectives –les équivalents temps plein – sont identiques ici et là puisque moyennées dans la masse, il n'en est pas de même lorsque l'on examine les forces en présence sur un, deux ou trois établissements. Enfin, le local permet, par son extension géographique limitée, d'aborder avec plus de facilité les interrelations, les interdépendances, les effets induits de diverses logiques et de divers acteurs. Il est en outre aussi, de ce fait, le cadre privilégié de la formulation de projets. En cela le local, où qu'il soit, recèle des ressources peu reconnues, ou plutôt susceptibles d'être mises en œuvre. Pour ce faire, il ne faut pas considérer la question qu'au travers de la prétendue spécificité de chaque site ou lieu. Au contraire, sans déroger aux schémas, aux plans, aux recommandations, issus d'organismes nationaux tels que la Haute Autorité de Santé, ou régionaux comme l'Agence Régionale de Santé, il est possible de considérer qu'une région est bel et bien la somme des territoires locaux qui la composent. C'est d'ailleurs à une telle démarche que s'était livrée la réforme Juppé de 1995 qui décomposa, désagrégea le territoire national par ses Agences Régionales de Santé, pour la seule hospitalisation.

#### EVITER LE DIAGNOSTIC ANNUAIRE INSULAIRE

Aussi l'échelon local, qui est l'échelon de la proximité, de la prévention et de l'offre de premier ou de deuxième recours n'est, presque systématiquement accessible qu'à deux types d'indicateurs. Des indicateurs de constat, la mortalité, et des indicateurs de contextes (indicateurs démographiques, économiques et sociaux, etc.).

Qui plus est, il courrait de ne voir ces données locales que présentées entre entités territoriales, quelle que soit leur nature, entre entités géographiquement proches situées dans une même région. S'il est incontestable qu'il existe parfois des phénomènes régionaux affectant la totalité des territoires qui composent cette même région (et en la matière la surmortalité systématique qui affecte toutes les zones d'emplois, les arrondissements, les pays et les territoires de proximité du Nord – Pas-de-Calais constitue un cas d'école), vingt années de travail avec les territoires de notre région nous ont conduits à la conclusion qu'il était devenu impératif de rompre avec l'automatisme du diagnostic annuaire insulaire.

Nous entendons par diagnostic annuaire insulaire ces tableaux de bord régionaux n'exposant que les indicateurs de territoires situés dans une même région. Nous avons pu observer, puisque nous avons durant plusieurs années publié de tels ouvrages, qu'une telle approche n'induisait que fort peu de projets mais plutôt de l'abattement, ou que ceci mettait en place les conditions de tensions territoriales fortes peu constructives manifestant un localisme sans grande hauteur de vue.

Selon nous, comparer le Nord – Pas-de-Calais aux autres régions est bien sûr une nécessité. Mais il convient aussi et surtout de situer les territoires du Nord – Pas-de-Calais par rapport à d'autres, de même nature mais se trouvant ailleurs en France, dans d'autres régions. Selon nous, les régions ne sont pas des îles dont seule, la comparaison de leurs propres parties entre elles seraient pertinentes. Chaque territoire en France est avant tout habité de populations ayant potentiellement les mêmes droits à la santé. Si très souvent les règles inhérentes à chaque système national de santé entre Etats, sont susceptibles de façonner des modes d'organisation eux aussi nationaux, limitent considérablement la pertinence des comparaisons internationales, la comparaison de territoires français entre eux devrait devenir la base de bilans et des suivis des projets et actions des politiques publiques ayant un impact sur la santé des populations, de leurs comportements et de leurs attentes.

Aussi ce rapport conçu par l'équipe de l'Ors Nord – Pas-de-Calais à la demande du Conseil régional Nord – Pas-de-Calais entend présenter une analyse explicitement comparative menée au sein d'archipels toujours choisis et de géographie toujours renouvelée. Présenter les indicateurs collectés de Valenciennes à Lens ou Cambrai à Calais restera sans doute l'une des fonctions des observateurs dans les années à venir. En revanche comparer Boulogne-sur-Mer à la Rochelle, à Lille à Nantes sera très probablement la voie que les concepteurs des politiques régionales de santé emprunteront très vite, dès les prochains mois et pour les années à venir.

## LES TERRITOIRES PRÉSENTÉS ET LEURS COMPARAISONS

Avec la mise à disposition des nomenclatures territoriales, assurée par de nombreux services dont ceux issus soit du ministère de l'intérieure, soit de l'Insee, soit de la Datar, et grâce à l'utilisation d'outils de traitements statistiques ou d'informations géographiques, il est assez aisé de produire en série différents indicateurs en fonction de nomenclatures territoriales variées. Nous avons opté pour une présentation de données conduite à trois échelons, celui des régions, celui des communautés d'agglomérations et des communautés urbaines, et enfin celui des pays. C'est donc vers un rapport implicitement orienté vers une optique d'aménagement du territoire que nous avons axé ce travail. Pour autant, il serait tout à fait concevable d'extraire ces mêmes données en fonction de bien d'autres délimitations territoriales, et en premier lieu plus spécifiquement utilisées par les institutions sanitaires, par exemple en fonction des différents territoires de proximité institués lors du Schéma régional de l'organisation sanitaire de troisième génération, le Sros III.

Aussi les tableaux statistiques présentés comprennent toujours dans les pages qui suivent, le Nord - Pas-de-Calais et ceux des régions pour lesquelles nous avons estimé que la comparaison était fructueuse.

Sont aussi présentées les valeurs des 14 CA et CU et celles des intercommunalités que nous avons estimé être comparables ou significatives d'une tendance territoriale notable. La même démarche a été adoptée pour les 13 pays du Nord - Pas de Calais et leurs 355 homologues présents sur le territoire métropolitain.

Pour l'essentiel, les données qui ont été exploitées proviennent de l'INSERM pour la partie descriptive de l'état de santé approché au travers de la mortalité mais aussi de l'INSEE pour l'analyse des professions de santé et de l'emploi.

### **Les 14 communautés d'agglomération et les communautés urbaines**

1. CA de Cambrai ;
2. CA de la Porte du Hainaut (Saint Amand, etc.) ;
3. CA de l'Artois (Béthune, Bruay la Buissière, etc.) ;
4. CA de Lens - Liévin ;
5. CA de Saint Omer ;
6. CA de Valenciennes Métropole ;
7. CA d'Hénin Carvin ;
8. CA du Boulonnais ;
9. CA du Calaisis ;
10. CA du Douaisis ;
11. CA Maubeuge Val de la Sambre ;
12. CU d'Arras ;
13. CU de Dunkerque Grand Littoral ;
14. CU de Lille Métropole.

### **Les 13 Pays**

1. Moulins de Flandre ;
2. Pévèlois ;
3. 7 Vallées ;
4. Artois ;
5. Calaisis ;
6. Saint-Omer ;
7. Cœur de Flandre ;
8. Boulonnais ;
9. Ternois ;
10. Cambrésis ;
11. Sambre-Avesnois ;
12. La Lys Romane ;
13. Maritime et Rural du Montreuillois.

## ***Thématiques traitées***

### **Etat de santé**

1. Mortalité toutes causes
2. Mortalité prématurée évitable par des actions sur le système de soins
3. Mortalité prématurée évitable par des actions sur les facteurs de risques individuels
4. Mortalité par Tumeurs Malignes
5. Mortalité par Cancers des Voies aérodigestives supérieures
6. Mortalité par Cancers du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon
7. Mortalité par Cancers du côlon
8. Mortalité par Cancers du sein
9. Mortalité par Cancers du col de l'utérus
10. Mortalité par Cancer de la prostate
11. Mortalité par Maladies endocriniennes
12. Mortalité par Accidents de transport
13. Mortalité liée à l'alcool (maladies chroniques du foie & abus d'alcool)
14. Mortalité par Suicides

### **Les professions et emplois de santé**

1. Les emplois de la santé humaine
2. Les professions de santé
3. Les médecins
4. Les infirmiers
5. Les sages-femmes
6. Autres professions spécialisées non médicales (psychologues, psychanalystes, psychothérapeutes)

### **Situation démographique**

1. Caractéristiques socioprofessionnelles
2. Caractéristiques socioéconomiques

## ■ Observations inattendues et capricieuses de la santé

### *Contexte*

Les professionnels, la presse, les élus et de plus en plus d'acteurs économiques et sociaux s'intéressent aux questions de santé. Cela se traduit par une demande de données pertinentes à adapter à laquelle l'ORS s'emploie à répondre depuis plus de 20 ans.

Mais 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.

### *Éléments de cadrage*

L'Ors dispose, ou peut avoir accès à différentes sources de données susceptibles de rapporter des faits objectivés.

Pour les données de santé : statistiques primaires issues de l'Inserm, du Cetaf, et de diverses enquêtes réalisées par l'Ors (Rhcp2s, Spqr etc.) et de données secondaires très nombreuses, (Cetaf, Pmsi, organismes d'assurance maladie, enquête en publication du ministère de la santé, de l'Oms, etc.).

Par ailleurs, l'ORS Nord – Pas-de-Calais dispose de bien d'autres données non sanitaires lui permettant de traiter et de rendre accessible 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.

De plus, 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 par les politiques publiques.

### *Objectifs*

Produire un recueil de fiches-articles, traitant de différents thèmes non spécifiquement sanitaires afin d'apporter une réflexion critique sur l'appréhension sanitaire de la question.

Ces fiches-articles seront accompagnées d'un index thématique développé, et de tableaux statistiques en annexes.

Ce recueil devra être accessible à un large lectorat. La ligne éditoriale implicite retenue sera d'apporter la démonstration de la pertinence de l'analyse transversale des phénomènes et faits en santé.

En effet, si la santé publique peut légitimement prétendre à apporter son regard sur de très nombreux faits ne relevant pas exclusivement de son action, il est certain qu'il est nécessaire que d'autres domaines et disciplines s'intéressent à la santé.

Par ailleurs, 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, réalisation et projets positifs qui seront cités dans l'ouvrage.

### **Tronc commun entre les différentes Fiches-Articles**

#### *L'introduction :*

Détaille le champ qui va être traité dans la fiche (exemple dans la fiche Violence et santé, expliquer qu'il s'agit essentiellement des suicides, des accidents de la circulation et des homicides mais aussi que la violence n'a cessé d'être maîtrisée en cours des siècles, qu'elle relève aussi d'actions de prévention et de répressions, que l'OMS en a abondamment traité, et que la santé publique française en est restée assez éloignée). Elle rappelle en quoi le thème est un classique du discours en santé publique (inégalité sociales par exemple) ou explique ce que l'opinion commune y met comme sens (exemple, le littoral c'est là ou la terre s'arrête. Oui, mais c'est plus riche que cela).

*Le corps du texte :*

Assoit un raisonnement sur des indicateurs ou explique en quoi l'absence d'indicateur peut être gênant.

*Les conclusions :*

Mettent en évidence les liens entre santé et d'autres thématiques, le fait que des phénomènes vus avec le regard de la santé publique doivent être analysés avec finesse, en tenant compte de l'évolution de l'analyse de ces mêmes thématiques (Exemple : peut-on encore parler d'inégalités sociales de santé lorsque la pertinence des Csp est de plus en plus remise en cause ; peut-on espérer attirer des professionnels de santé lorsque le territoire n'est pas attractif sur d'autres activités ou d'autres professions, etc.).

*Comparaisons :*

Les indicateurs du Nord – Pas-de-Calais ou des territoires du Nord – Pas-de-Calais sont toujours replacés dans le sens de leur évolution dans le temps, et se comparent à ceux d'autres territoires : France, autres régions françaises ou européennes, territoires locaux du Nord – Pas-de-Calais / autres territoires locaux (Intercommunalités, zones d'emploi, etc.).

Au terme de ce travail, un index thématique devrait être réalisé : Les fiches-articles doivent comporter en haut de page, sur le titre, une liste de mots-clés et prévoir les renvois, les passerelles entre fiches.

*Bibliographie :*

Chaque fiche comportera en dessous du corpus du texte, des suggestions d'ouvrages permettant au lecteur d'aller plus loin, pouvant être présentés comme étant la source de notre analyse. Ils se composeront exclusivement d'ouvrages ou considérés comme des ouvrages de référence.

*Annexes statistiques :*

Les données statistiques pertinentes, comprenant, entre autres, celles qui ont été utilisées dans les fiches, seront structurées par thèmes classiques de santé publique et présentées dans des annexes (Cancer, addictions, périnatalité, offre de soins, dépenses de santé, etc.).

Au cours de l'année 2009 les fiches-articles suivantes ont été publiées :

- |                                 |                           |
|---------------------------------|---------------------------|
| 1. Les associations et la santé | 6. Genre et santé         |
| 2. Intimité, sexualité          | 7. École et santé         |
| 3. Les âges de la vie           | 8. Santé mentale          |
| 4. L'économie et la santé       | 9. La santé en recherche. |
| 5. Climat, météo et santé       |                           |

Par ailleurs les fiches-articles suivantes ont été travaillées :

- |                                |                                      |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Le Littoral (en révision)   | 7. Ruralité et santé                 |
| 2. Alimentation et santé       | 8. Les emplois de la santé           |
| 3. Les territoires de la santé | 9. Violence et santé                 |
| 4. Les temps de la santé       | 10. Clichés et santé                 |
| 5. Déchets et santé            | 11. Risques, catastrophes et crises. |
| 6. Égalité des chances         |                                      |

## ■ Enquête sur les besoins de santé locaux

### Contexte

De plus en plus, les besoins de santé de la population constituent l'une des références essentielles des politiques de santé, tant pour ce qui relève de l'organisation des soins que de la production de textes réglementaires. Dans une certaine mesure, la satisfaction, ou tout au moins la prise en compte des besoins de santé, tendent à devenir le nouveau paradigme de l'action publique. Ainsi est-il évident pour nous qu'il est nécessaire, pour traiter convenablement et avec honnêteté de la question des besoins de santé, d'emprunter un chemin similaire à celui qui a été balisé par la Commission Stiglitz<sup>1</sup> dès avril 2008.

Le travail que nous présentons, pour cette enquête, ne peut avoir de sens et d'utilité que si les constats et les analyses qui y sont exposés sont, par la suite, compris, débattus, repris, développés et pour finir, mis en œuvre. Au moment où se mettent en place les Agences Régionales de Santé, dans cette période où l'organisation nationale, régionale et locale de santé semble pouvoir être portée, comprise et pensée lors des prochains travaux préparatoires au *Projet régional de santé*<sup>2</sup>, il était sans doute opportun, comme l'a fait le Conseil Régional en sollicitant l'ORS Nord – Pas-de-Calais<sup>3</sup>, de porter son attention sur ce point.

### Objectifs

Le but de cette étude est que l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) Nord – Pas-de-Calais se prononce (expertise) sur la façon dont les acteurs de terrain **conçoivent et expriment** les besoins de santé de leur territoire.

#### *Qui avons-nous rencontré ?*

La population concernée par l'étude est constituée des acteurs locaux, professionnels de santé ou professionnels du territoire, qu'ils soient médecin généraliste, médecin spécialiste, professionnel paramédical, professionnel de l'administration d'un établissement de santé, élu ou technicien de territoire, etc., considérés comme acteurs-clés (ou informateurs-clés) d'un des territoires de la région Nord – Pas-de-Calais

#### *Comment les avons-nous sélectionnés ?*

La méthode utilisée est celle d'un recueil d'informations par informateurs-clés. Ce recueil d'informations a été réalisé selon les territoires de la région Nord – Pas-de-Calais, en deux temps :

##### 1<sup>er</sup> temps : sélection des territoires des acteurs-clés interrogés

Les besoins de santé qui s'exprimeront seront rattachés au territoire de l'acteur interrogé (son territoire d'intervention, administratif, d'attraction, etc.), il est donc indispensable dans notre démarche de délimiter des territoires : soit périphériques, soit métropolitains comme l'agglomération lilloise. Un troisième groupe, les agglomérations non lilloises, semble se dégager après réflexion.

##### 2<sup>e</sup> temps : échantillonnage des acteurs-clés locaux

L'essentiel est de choisir des interlocuteurs intervenant dans des territoires retenus. **Les acteurs-clés locaux** sont ainsi sélectionnés sur une couverture représentative de l'ensemble des territoires locaux du Nord – Pas-de-Calais, de façon à brosser un paysage des professionnels et/ou décideurs de la santé par territoire.

Ce type d'échantillonnage n'a pas la prétention de vouloir rechercher la représentativité ou l'exhaustivité des corps de métiers de la santé, ni celle des autres corps de métiers.

Ainsi, pour ces informateurs-clés, il n'y a pas d'impératifs comparables à ceux d'un échantillon statistique. Il faut à la fois trouver les « bonnes personnes », c'est-à-dire celles qui auraient quelque chose à dire, et veiller à ne pas se retrouver à naviguer sans en avoir conscience dans un réseau, ou un groupe distinct d'interlocuteurs, dont le discours serait uniforme et formaté, donc sans intérêt.

---

<sup>1</sup> [www.stiglitz-sen-fitoussi.fr](http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr)

<sup>2</sup> Il devrait être composé du Schéma régional d'organisation sanitaire et des volets soins de ville, médico-social et santé publique.

<sup>3</sup> Il est vrai qu'après plus de 20 ans de production d'indicateurs, l'ORS avait quelques raisons de connaître l'intérêt et l'utilité d'indices de besoins, mais aussi leurs limites et les limites de leur pertinence. À diverses reprises, l'ORS a été sollicité afin de proposer des indicateurs de besoins, tant dans le cadre du SROS 2 et dans une moindre mesure du SROS 3, ou encore lors de la conduite des Programmes régionaux de santé, du Plan régional de santé publique ou encore du Plan régional de lutte contre les cancers.

On se gardera de la généralisation à partir d'un échantillon mal diversifié (NB : il est important d'éviter des déséquilibres manifestes ou l'oubli de grandes catégories).

Les critères classiques tels que l'âge, la profession, la situation familiale, la résidence, etc., s'ils existent, ne serviront ici qu'à fixer le cadre, seuls les propos locaux recueillis seront mis en exergue.

Comment avons-nous procédé à l'analyse des données de besoins de santé issues des entretiens réalisés ?

Deux types de données sont analysés :

- les données des comptes rendus (des documents Word) réalisés par chaque binôme ;
- et les données saisies sous forme de types de besoins dans un fichier Excel.

La liste des différents besoins tels que repris par les acteurs-clés, ainsi que leur regroupement par grandes catégories (ou grands types) de besoins, sont présentés dans ce document.

### ***Les territoires concernés***

Les territoires d'investigation considérés dans la région Nord – Pas-de-Calais sont :

- la Métropole lilloise ;
- les agglomérations d'Arras, Boulogne-sur-Mer, Dunkerque, Valenciennes ;
- et les territoires de périphérie ou autre périmètre.

Les territoires d'investigation ont été répartis en quatre catégories : la première est constituée de Lille Métropole ; la deuxième, des zones à la périphérie de Lille (exemple : Roubaix, Tourcoing, etc.), l'essentiel étant de choisir, pour ces territoires, des interlocuteurs intervenant dans des espaces qui, par rapport à Lille, sont considérés comme la métropole (y compris l'agglomération lilloise) ; la troisième catégorie se compose d'Arras, Boulogne-sur-Mer, Dunkerque et Valenciennes, et la quatrième et dernière, de tous les autres périmètres de la région (Lens, Douai, Maubeuge, etc.).

### ***Résultats***

#### *Typologie ou familles d'acteurs-clés ayant participé aux entretiens*

Au total, 24 entretiens ont été menés auprès des professionnels du territoire régional. La répartition de ces professionnels par type d'acteurs figure dans le tableau n° 1 ci-dessous. Les professionnels ont été comptabilisés *autant de fois qu'ils ont de fonctions dans la région (par exemple : un médecin hospitalier interrogé, qui est également maire d'une commune, est compté deux fois car il donne un avis en tenant compte de ses deux fonctions)*. Soit, pour notre étude, un total de 29 recueils d'informations.

**Tableau n° 1 : Types d'acteurs et nombre total d'entretiens pris en compte**

| Numéros | Titre ou fonction                                      | Effectifs |
|---------|--|-----------|
| 1       | <b>Élus et responsables(ou décideurs) territoriaux</b> | 9         |
| 2       | Médecins praticiens hospitaliers                       | 4         |
| 3       | Médecins praticiens de ville                           | 5         |
| 4       | Non médecins responsables de structures de soins       | 3         |
| 5       | Acteurs de prévention                                  | 7         |
| 6       | Médecins du travail                                    | 1         |
|         | <b>Total</b>   | <b>29</b> |

Source : Enquête sur les besoins locaux de santé, 2009. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

### *Analyse des différents besoins décrits par les acteurs-clés*

Au cours des entretiens, chaque professionnel du territoire a été invité à répondre principalement à la question suivante :

*Quels besoins de santé identifiez-vous sur votre territoire professionnel ?*

À partir de la réponse donnée à cette question, le professionnel était relancé selon qu'il nous apparaissait que le répondant avait : soit d'autres informations à fournir sur la question ; soit des explications à donner, indispensables pour une meilleure compréhension des informations fournies.

Au total, à l'issue des entretiens réalisés, ce sont 310 citations d'expressions des besoins en lien avec la santé des populations, qui ont été répertoriées. Après correction et suppression de doublons, le nombre des besoins énoncés a été ramené à 128.

À partir de la liste ci-dessus, 63 types de besoins de santé (cf. Annexe) ont été identifiés, lesquels ont ensuite été répartis et regroupés en 6 grandes classes :

1. Les besoins en organisation du système de santé ;
2. Les besoins de coordination et de décloisonnement en santé ;
3. Les besoins de décisions politiques et de développement local en santé ;
4. Les besoins d'observation et d'indicateurs de santé ;
5. Les besoins de méthodologie et de formation en santé ;
6. Les besoins de concertation et de communication en santé.

Notre analyse, dans cette étude, se veut descriptive des classes, familles ou groupes de besoins de santé répertoriés par l'ORS en fonction des types d'acteurs (ou professionnels) rencontrés. Dans ce document, nous ne faisons part que des expressions de besoins de santé identifiés, lesquels n'ont pas été quantifiés puisque, de notre point de vue, ils ne pouvaient l'être en l'état<sup>4</sup>.

### *Conceptions de besoins de santé*

## **Besoins identifiés par les acteurs-clés exerçant les fonctions d'élus, de responsables (ou de décideurs) territoriaux**

<sup>4</sup> Si cette quantification n'a pas été faite, compte tenu des conditions de ce travail, ceci ne signifie pas, loin s'en faut, que de tels dénombrements ne sont pas fondamentalement envisageables et réalisables.

### **En général**

Les élus et/ou décideurs territoriaux rencontrés n'ont pas évoqué d'obstacle conceptuel à la notion de besoins de santé. Le meilleur moyen pour certains d'entre eux de les appréhender réside dans les remontées d'informations que leur procurent les contacts qu'ils ont, en particulier avec :

- les professionnels de santé ;
- la population ;
- et d'autres responsables régionaux.

Pour d'autres décideurs, les besoins de santé ne se cantonnent pas à des besoins de soins. Pourtant l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), en tant qu'organisme de tutelle, est souvent tenue d'objectiver les besoins de santé en termes d'objectifs quantifiés d'offre de soins (OQOS).

Aux dires de certains de nos interlocuteurs, élus et/ou décideurs territoriaux, les premiers besoins de santé de leurs populations sont liés à la ruralité de leurs territoires, à leur enclavement et leur éloignement (distance) des grands pôles d'offre de soins. Ce constat les amène à déclarer que la réduction des inégalités d'accès aux soins constitue le besoin de santé de leurs populations auquel on peut apporter des *exemples de réponses comme : l'Hospitalisation à domicile (HAD), le recrutement de plus de professionnels de santé de premier recours, et l'amélioration de la mobilité en améliorant le besoin en transports.*

### **Conclusion**

L'approche populationnelle étant rapidement dépassée par les consommations des usagers, l'appréciation de l'offre sanitaire se fait en volume. On passe donc d'une carte sanitaire en indice « équitable », à une comparaison entre répartition territoriale des lits d'hospitalisation.

Deux optiques sont alors en conflit : les besoins locaux de la population versus l'orientation politique de l'organisation des soins.

En effet, l'on retrouve deux démarches :

- soit une carte sanitaire avec des indices et une vision MCO relayée par une administration ciblée des autorisations
- soit une politique figée : 1 volume de 1000 avec une augmentation de 10% par an.

Cette analyse rend compte de la variabilité à l'échelle d'une structure. Derrière, il y a le monopole d'exercice des professionnels de santé.

Ceux-ci se positionnent sur le territoire comme sur un marché financier et pèsent sur l'offre de soins. En effet, les médecins installés dans une zone de sous-densité médicale se retrouvent en monopole d'exercice avec tout ce que cela implique de dérives. Le système de régulation même est à revoir, la problématique étant méthodologique.

L'identification des besoins de santé, ou tout au moins des besoins de soins, est une des premières étapes indispensables, pour organiser le système de santé, et donc l'offre de soins, qui correspondent à une population donnée. Cependant, comme nous le montrent les citations dans le document, au chapitre « la tour de Babel », il s'agit d'une étape difficile, dans un premier temps pour déterminer les besoins de la population (qu'ils soient réels ou ressentis, satisfaits ou non ressentis) à partir d'indicateurs disponibles ou à mettre en place, pour que dans un second temps, des formations puissent être pensées et réalisées pour les soignants dans le but d'une meilleure prise en charge des populations concernées. Ces besoins, une fois leur évaluation faite, permettront alors de déterminer quantitativement et qualitativement les services ou équipements à proposer à la population.

Le tableau n°2, montre pour chaque type de territoires, les types de besoins non cités parmi les besoins répertoriés sur l'ensemble des trois territoires, pour exemple nous noterons seulement que les territoires périphériques n'ont pas cité de besoins parmi l'ensemble des besoins répertoriés par les différents professionnels.

**Tableau n°2 : Listes des besoins absents par type de territoire quelque soit le type de professionnel**

| Territoires ou agglomérations périphériques | Grandes agglomérations            | Lille métropole                     |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Lutte Contre la Surmédicalisation           | Autonomisation                    | Réseau                              |
| Evaluation                                  | Lutte Contre la Surmédicalisation | Moyens Humains                      |
|   | Pérennité des projets             | Orientation et Suivi                |
|   | Débats                            | Accompagnement et Parcours de soins |
|   | Création des comités de santé     | Pérennité des projets               |
|   | Santé Travail                     | Support Social                      |
|   | Soins de suite                    | Création des comités de santé       |
|   | Conseils                          | Santé Travail                       |
|   | Regard Expert                     | Transports                          |
|   | Implication                       | Evaluation                          |
|   | Ingénierie                        | Support Social                      |
|   | Déculpabiliser les soins          | Ingénierie                          |
|   |                                   | Communication                       |
|   |                                   | Partage des compétences             |

Source : Etude d'un SROS à des Systèmes locaux de Santé (SLS), ORS Nord Pas de Calais. Traitement ORS Nord Pas de Calais.

Cette étude permet également de noter que pour caractériser les besoins de santé d'une population, il faut des indicateurs. C'est ainsi que l'épidémiologie moderne a permis de fournir des outils utiles à la définition de ces indicateurs. Toutefois, afin de cibler ces indicateurs, il faut savoir faire des choix. En santé publique, certains critères orientent ces choix : la fréquence de la maladie, la mortalité qui lui est associée, le taux d'attaque d'une pathologie infectieuse, le coût d'une affection chronique etc.

Dans cette étude, notre intérêt s'est donc porté sur :

- les besoins de santé selon les territoires,
- les territoires d'où sont organisés, les offres concourant aux soins ;
- les territoires de projets, territoires de prévention ;
- les indicateurs pouvant être utiles à la caractérisation des besoins de santé.

Ces différents points ont été développés dans l'étude réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais, pour le Conseil Régional.

### **Conclusion**

Du fait de sa complexité, si le besoin de santé est facile à appréhender, son expression n'est pas aussi simple, puisqu'il touche à tous les segments de la vie d'une personne : formel, informel etc.

Parler des besoins réels pose-t-il la question de savoir réellement pour qui ?

Si nous partons de l'expression des professionnels de la santé, qui d'après leurs pratiques doivent œuvrer pour satisfaire les besoins, (disons certains des besoins), nous constatons que la diversité des citations de besoins nous amène à penser qu'il y a un risque de ne pas apporter des solutions à tous ces besoins, d'autant que beaucoup sont difficiles à décrire dans tous leurs contours et toutes les liaisons qui peuvent en découler.

## **D'un Schéma Régional d'Organisation Sanitaire à des Projets Locaux de Santé**

### *Contexte*

D'après l'étude sur le système de santé en France<sup>5</sup>, des facteurs tels que l'accès à une offre de soins, *autrefois rationnée*, ou l'amélioration de l'accès au système de soins, par l'extension des couvertures sociales qui jadis, avaient joués un rôle important dans l'évolution des dépenses de santé, ne jouent aujourd'hui qu'un rôle faible dans cette évolution.

D'après ces auteurs, d'autres facteurs, comme le vieillissement de la population, l'amélioration du niveau de vie, ou encore le progrès technique, gardent en revanche un impact significatif. Mais, ces facteurs ne peuvent expliquer qu'une partie de l'évolution des dépenses, et des explications supplémentaires doivent être recherchées, dans les spécificités de l'organisation et de la régulation des systèmes de soins.

De notre côté, nous avons essayé de comprendre quelle était la nature des besoins de santé sur des territoires, du point de vue des professionnels ou acteurs de santé, qui y exercent.

L'expression « besoins de santé » renvoie directement à l'idée de manque, de dysfonctionnement. Souvent, « besoin de santé » est confondu avec « besoin de soins » ; or la notion de santé regroupe des champs bien plus larges que l'absence de maladie. La définition donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) – « état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité<sup>6</sup> » a évolué. Auparavant, la santé était considérée comme étant l'état contraire de la maladie. S'occuper de l'accès à la santé revenait à lutter contre les maladies.

Avec la définition de l'OMS, la prévention et les soins ne sont pas les seuls moyens au service de la santé, il y a aussi : les lois, les règlements, les orientations politiques en environnement, aménagement du territoire etc. La santé de la population devient une responsabilité collective (Charte d'Ottawa en 1986)<sup>7</sup>.

L'homme évolue dans une société dans laquelle il prend des risques : économiques, psychologiques, sanitaires etc. Ces risques exposent l'être humain à la maladie et engendrent des besoins de santé.

La mesure et l'analyse des besoins de santé de la population liés à son état de santé et aux déterminants, requièrent l'utilisation de différentes méthodologies qui nécessitent l'adaptation et le développement de nouveaux outils. L'analyse géo-spatiale<sup>8</sup> est l'une de ces méthodologies qui trouve un terrain particulièrement fertile au Québec. Ainsi, les variations spatiales des phénomènes doivent être examinées, selon des découpages autres qu'administratifs (régions, réseaux locaux, etc.) qui tiennent compte d'éléments comme le voisinage, le milieu urbain ou rural ou la concentration géographique. Le processus d'appréciation de l'état de santé de la population requiert également l'adaptation de nouvelles mesures. L'utilisation d'indices composites comme le fardeau de la maladie, qui tient compte à la fois de la cause de mortalité et de l'origine et de la gravité de l'incapacité, représente une avenue intéressante pour prioriser les problèmes de santé. Tout cela met en évidence des disparités territoriales importantes. En France, l'État se doit d'être le garant d'un égal accès à la santé pour tous sur tout le territoire national.

De même, la dispersion des moyens est extrême aujourd'hui. L'État doit donc organiser un partenariat associant les nombreux acteurs publics et privés qui concourent à l'amélioration de la santé des populations. La loi aménage et réorganise des dispositions introduites par la loi du 4 mars 2002 (Loi Kouchner) relative aux droits des malades<sup>9</sup>. L'évolution des esprits sur des sujets comme la prise en compte de la douleur, la dignité du patient ou la responsabilité médicale, ont permis d'établir de nombreux droits en faveur des malades. Les relations entre patients et médecins ont ainsi progressivement évolué vers plus de maturité. Mais le débat n'est pas épuisé sur des questions comme l'information et le consentement des malades ou la participation des usagers au système de santé) et, à la qualité du système de santé<sup>10</sup>, afin de simplifier et

---

<sup>5</sup> Duriez M. *Le système de santé en France*. Haut Comité de Santé Publique [en ligne]. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/html/minister/systrsan.htm> (consulté en 2009).

<sup>6</sup> [www.who.int/about/definition/fr/print.html](http://www.who.int/about/definition/fr/print.html)

<sup>7</sup> <http://pedagogie.ac-amiens.fr/svt/sante/page%201.htm>

<sup>8</sup> [www.invs.sante.fr/beh/2006/40\\_41/beh\\_40\\_41\\_2006.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2006/40_41/beh_40_41_2006.pdf)

<sup>9</sup> LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [en ligne].

Disponible sur : <http://admi.net/jo/20020305/MESX0100092L.html> (consulté en 2009)

<sup>10</sup> *Les droits des malades et les lois de 2002 : la qualité du système de santé* [en ligne]. Disponible sur :

d'améliorer le fonctionnement des nombreuses instances impliquées dans la politique de santé publique<sup>11</sup>.

Nous avons fait, dans cette étude, le choix d'être au plus près des problématiques de la région Nord – Pas-de-Calais, en zoomant sur les différents territoires qui la composent, par l'intermédiaire de ses professionnels de santé, afin d'analyser leurs besoins et leurs attentes.

### ***Territoires concernés***

Les entretiens effectués auprès des professionnels de santé des trois types de territoires investigués (les territoires périphériques, les grandes agglomérations et la métropole lilloise), permettent d'avoir une vision assez rapide de la diversité des besoins de santé sur l'ensemble de ces territoires.

### ***Résultats***

Là où l'on s'attendait à ne recueillir que des besoins concernant des pathologies, on se rend compte que les professionnels de santé mettent en relation tous les déterminants : socio-économiques et sanitaires, sur le même pied d'égalité impliquant par là, les effets des différents secteurs, les uns sur les autres.

Les différents besoins de santé, évoqués par type de territoires, ont été organisés en six grands groupes de besoins que sont :

1. les besoins en organisation du système de santé,
2. les besoins de coordination et décloisonnement ;
3. les besoins de décisions politiques et de développement local ;
4. les besoins d'observations et d'indicateurs de santé ;
5. les besoins de méthodologie et de formation en santé et ;
6. les besoins de concertation et de communication en santé.

La planification sanitaire s'impose aujourd'hui comme une approche territoriale de la santé. La prégnance des concepts de bassin de santé et/ ou de population, le renouveau des acteurs de proximité, révèlent l'importance de la question du niveau pertinent de réponse aux besoins du malade (et de son entourage). L'offre de soins est désormais orientée vers la satisfaction des besoins de santé de la population, alors qu'elle a été longtemps déterminée par les besoins de l'Hôpital.

Dans ce nouveau cadre de la planification, c'est l'organisation géographique des soins qui est recherchée. C'est aussi privilégier la mise en place d'un réseau gradué de soins hospitaliers à la lumière des nouvelles données territoriales que sont l'intercommunalité, les « pays », les agglomérations.

Selon les types de territoires, quand on regarde les premiers besoins cités selon les types de professionnels rencontrés, on constate qu'au delà des besoins identiques à tous les territoires, des différences de besoins existent comme le montre les tableaux n°1 et 2, ci-après.

---

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/droits-malades/qualite-sante.shtml> (consulté en 2009)

<sup>11</sup> L'organisation du système de santé publique [en ligne]. *Santé publique* 2004 ; 16-4 : 645-54. Disponible sur : [http://www.cairn.info/article.php?ID\\_REVUE=SPUB&ID\\_NUMPUBLIE=SPUB\\_044&ID\\_ARTICLE=SPUB\\_044\\_0645](http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=SPUB&ID_NUMPUBLIE=SPUB_044&ID_ARTICLE=SPUB_044_0645) (consulté en 2010).

**Tableau n°3 : Besoins premiers, cités par types de territoire et par groupe de professionnels, parmi 63 types de besoins évoqués.**

| <b>TERRITOIRES</b>                  | <b>Elus ou Responsables du territoire</b> | <b>Professionnels de prévention</b>       | <b>Professionnels de santé</b>            |
|-------------------------------------|---|---|---|
| <b>Agglomérations Périphériques</b> | Organisation                              | Organisation                              | Organisation                              |
|                                     | Démographie Médicale                      | Démographie Médicale                      | Démographie Médicale                      |
|                                     | Prévention                                | Information                               | Information                               |
|                                     | Prise en charge                           | Prévention                                | Prise en charge                           |
|                                     | Matériels                                 | Coordination<br>Articulation et Cohérence | Coordination<br>Articulation et Cohérence |
|                                     | Accès aux soins                           | Accès aux soins                           | Education en Santé ou thérapeutique       |
|                                     | Support Social                            | Support Social                            | Priorisation des Orientations             |
| <b>Grandes Agglomérations</b>       | Coordination<br>Articulation et Cohérence | Coordination<br>Articulation et Cohérence | Coordination<br>Articulation et Cohérence |
|                                     | Projets                                   | Démographie Médicale                      | Démographie Médicale                      |
|                                     | Décision Politique de santé               | Vision Locale                             | Vision Locale                             |
|                                     | Accès aux soins                           | Prévention                                | Accès aux soins                           |
|                                     | Données Epidémiologiques                  | Données Epidémiologiques                  | Matériels                                 |
|                                     | Support Social                            | Support Social                            | Support Social                            |
|                                     | Etre entendu au niveau Institutionnel     | Décision Politique de santé               | Etre entendu au niveau Institutionnel     |
| <b>Métropole Lilloise</b>           | Priorisation des Orientations             | Coordination Articulation et Cohérence    | Coordination<br>Articulation et Cohérence |
|                                     | Education en Santé ou thérapeutique       | Etre entendu au niveau Institutionnel     | Education en Santé ou thérapeutique       |
|                                     | Organisation                              | Pédagogie Sanitaire                       | Organisation                              |
|                                     | Outils adaptés                            | Ecoute et Concertation                    | Ecoute et Concertation                    |
|                                     | Décision Politique de santé               | Décision Politique de santé               | Prise en charge                           |
|                                     | Regard Expert                             | Information                               | Information                               |
|                                     | Données Epidémiologiques                  | Données Epidémiologiques                  | Prévention                                |

Source : Etude d'un SROS à des Systèmes locaux de Santé (SLS), ORS Nord Pas de Calais. Traitement ORS Nord Pas de Calais.

**NB :** Dans ce tableau n°3, les besoins apparaissant sur fond gris, constituent les besoins propres aux types de territoires, parmi les sept premiers besoins cités par les professionnels du territoire.

**Tableau n°4 : Liste de la synthèse des besoins, les plus cités, par type de territoire quelque soit le type de professionnel**

| <b>Synthèse Agglomérations périphériques</b> | <b>Synthèse Grandes Agglomérations</b> | <b>Synthèse Métropole Lilloise</b>     |
|--|--|--|
| Organisation                                 | Coordination Articulation et Cohérence | Coordination Articulation et Cohérence |
| Démographie Médicale                         | Démographie Médicale                   | Education en Santé ou thérapeutique    |
| Information                                  | Vision Locale                          | Organisation                           |
| Prise en charge                              | Accès aux soins                        | Ecoute et Concertation                 |
| Coordination Articulation et Cohérence       | Données Epidémiologiques               | Décision Politique de santé            |
| Prévention                                   | Support Social                         | Information                            |
| Matériels                                    | Etre entendu au niveau Institutionnel  | Prévention                             |
| Support Social                               | Décision Politique de santé            | Pédagogie Sanitaire                    |

Source : Etude d'un SROS à des Systèmes locaux de Santé (SLS), ORS Nord Pas de Calais. Mise en page, ORS Nord Pas de Calais.

Dans le tableau n° 4, fait selon le nombre de citations de chaque besoin par les professionnels de chaque type de territoire, l'on remarque que si pour certains territoires, les besoins les plus importants en nombre de citations, sont l'organisation et la démographie médicale, pour d'autres il est question de besoins tels que coordination, articulation et cohérence et démographie médicale alors que pour le troisième type, il est question de coordination, articulation et cohérence et éducation en santé ou éducation thérapeutique.

Le tableau n°5 montre pour chaque type de territoires, les types de besoins non cités parmi les besoins répertoriés sur l'ensemble des trois territoires ; pour exemple, nous noterons seulement que les territoires périphériques n'ont pas cités de besoins parmi l'ensemble des besoins répertoriés par les différents professionnels.

**Tableau n°5 : Listes des besoins absents par type de territoire quelque soit le type de professionnel**

| Territoires ou agglomérations périphériques | Grandes agglomérations            | Lille métropole                     |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Lutte Contre la Surmédicalisation           | Autonomisation                    | Réseau                              |
| Evaluation                                  | Lutte Contre la Surmédicalisation | Moyens Humains                      |
|   | Pérennité des projets             | Orientation et Suivi                |
|   | Débats                            | Accompagnement et Parcours de soins |
|   | Création des comités de santé     | Pérennité des projets               |
|   | Santé Travail                     | Support Social                      |
|   | Soins de suite                    | Création des comités de santé       |
|   | Conseils                          | Santé Travail                       |
|   | Regard Expert                     | Transports                          |
|   | Implication                       | Evaluation                          |
|   | Ingénierie                        | Support Social                      |
|   | Déculpabiliser les soins          | Ingénierie                          |
|   |                                   | Communication                       |
|   |                                   | Partage des compétences             |

Source : Etude d'un SROS à des Systèmes locaux de Santé (SLS), ORS Nord Pas de Calais. Traitement ORS Nord Pas de Calais.

Cette étude permet également de noter que pour caractériser les besoins de santé d'une population, il faut des indicateurs. C'est ainsi que l'épidémiologie moderne a permis de fournir des outils utiles à la définition de ces indicateurs. Toutefois, afin de cibler ces indicateurs, il faut savoir faire des choix. En santé publique, certains critères orientent ces choix : la fréquence de la maladie, la mortalité qui lui est associée, le taux d'attaque d'une pathologie infectieuse, le coût d'une affection chronique etc.

Dans cette étude, notre intérêt s'est donc porté sur :

- les besoins de santé selon les territoires,
- les territoires d'où sont organisés, les offres concourant aux soins ;
- les territoires de projets, territoires de prévention et ;
- les indicateurs pouvant être utiles à la caractérisation des besoins de santé.

Ces différents points ont été développés dans l'étude fournie par l'Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais, au Conseil Régional.

## **Conclusion**

Du fait de sa complexité, si le besoin de santé est facile à appréhender, son expression n'est pas aussi simple, puisqu'il touche à tous les segments de la vie d'une personne : formel, informel etc.

Parler des besoins réels pose la question de savoir réellement pour qui ?

Si nous partons de l'expression des professionnels de la santé, qui d'après leurs pratiques doivent œuvrer pour satisfaire les besoins, (disons : certains des besoins), nous constatons que la diversité des citations de besoins nous amène à penser qu'il y'a un risque de ne pas apporter des solutions à tous ces besoins, d'autant que beaucoup sont difficiles à décrire dans tous leurs contours et toutes les liaisons qui peuvent en découler.

## ■ Réalisation d'un Atlas de la santé sur l'Audomarois

### *Contexte*

L'ORS a été sollicité par l'Agence d'Urbanisme et de Développement de la région de Saint-Omer (AUD) pour apporter son expertise et aider à la réalisation de cet atlas de la santé. Cette demande formulée par l'AUD et appuyée par la Région Nord – Pas-de-Calais émane des différentes collectivités territoriales et des intercommunalités qui composent le Pays de Saint-Omer.

### *Objectifs*

- Dresser un état des lieux de l'offre de santé et de la situation sanitaire et sociale du territoire, et pouvoir en assurer le suivi par le biais d'indicateurs
- Informer les décideurs sur les enjeux du secteur de la santé au regard des politiques publiques d'aménagement et de développement du territoire
- Constituer un outil d'échange durable au sein duquel les acteurs locaux peuvent construire une vision partagée sur le diagnostic et sur les actions à conduire sur le territoire

### *Méthode utilisée*

Il s'agit ici, dans un premier temps, de rassembler les données utiles pour construire les différents indicateurs utilisés pour la cartographie, les graphiques ou tableaux et les commentaires associés.

Ces données se réfèrent à 3 grandes thématiques :

- Etat de santé : données de mortalité provenant de l'INSERM (CépiDc) pour la période 2004 – 2007. Une quinzaine de causes de mortalité sont étudiées, en distinguant les sexes et les différentes classes d'âge.
- Offre de soins : données sur les professionnels de santé provenant de la Drass (fichier Adeli). Une vingtaine de professions médicales et paramédicales sont étudiées en opérant des distinctions entre hommes et femmes, et entre libéraux et salariés. Par l'utilisation de deux années comparables (2005 et 2008), il est également possible de suivre l'évolution récente du nombre et de l'âge moyen des professionnels.
- Contexte territorial : il s'agit de données qui peuvent fournir des indications pour mieux appréhender les problématiques de santé d'un territoire : données de population issues du dernier recensement de l'Insee (densité, structure par âge, vieillissement), données sur la part économique du secteur santé (fichier Clap), données sur les bénéficiaires de prestations sociales (allocations chômage, RMI, allocations adultes handicapés, API etc.), bassins de naissance, indice de défaveur sociale etc.

L'ensemble de ces données est organisé en fonction des différents découpages territoriaux, depuis la commune comme unité de base, jusqu'aux différentes intercommunalités (Communautés de Communes, Communauté d'Agglomérations, Pays). L'objectif est, lorsque cela est possible<sup>12</sup>, de situer les territoires de la région de Saint-Omer dans un ensemble plus vaste, en dépassant les frontières du Nord – Pas-de-Calais pour y inclure l'ensemble des territoires français. Le découpage en Zones d'emploi est ainsi également utilisé car il possède l'avantage de couvrir l'ensemble du territoire français (*a contrario* des intercommunalités), et donc d'offrir des éléments de comparaison sur l'ensemble du territoire métropolitain.

---

<sup>12</sup> Lorsque l'on dispose des bases de données sur l'ensemble du territoire français.

La majeure partie des données statistiques nécessaires à la réalisation de l'atlas est collectée, organisée et analysée par l'ORS, exception faite de certaines données socio démographiques à la charge de l'AUD. Ces données sont sélectionnées d'un commun accord entre l'ORS et l'AUD. La cartographie, les tableaux et les graphiques sont réalisés par l'AUD. Les commentaires et analyses sont réalisés par l'ORS.

### ***Territoire concerné***

L'ensemble du Pays de Saint-Omer et les différentes intercommunalités qui le composent.

La zone d'emploi de Saint-Omer.

### ***Partenaires associés***

Agence d'Urbanisme et de Développement de la région de Saint-Omer,

Région Nord – Pas-de-Calais,

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

## ■ Refonte des fiches d'indicateurs territoriaux de santé

### *Contexte*

En 2007, dans le cadre de « santé et territoire et démographie des professions de santé », l'ORS a été chargé par le Conseil régional Nord – Pas-de-Calais d'établir, à partir de plusieurs sources statistiques, une fiche d'indicateurs par intercommunalité, synthétisant au mieux le contexte local.

En 2009, l'ORS a réalisé la refonte complète de ces fiches en s'appuyant sur les sources statistiques les plus récentes dont disposait l'ORS Nord – Pas-de-Calais en 2009 (recensement 2006, minima sociaux 2008, données fiscales communales 2007, répertoire Adeli 2008, données de mortalité de la période 2004-2007)

### *Objectifs*

Chaque fiche se présente comme un outil d'analyse territoriale, ayant pour but d'aider à la prise de décision à l'échelle des Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI). Il couvre à la fois les domaines socio-économique, sociodémographique, la situation de la population vis-à-vis du logement, l'offre et les besoins de soins, le secteur d'activité économique de la santé

### *Méthode utilisée*

Chaque fiche territoriale se présente sous la forme d'une page recto-verso contenant plusieurs tableaux et graphiques, ainsi que des commentaires sur les indicateurs.

La plupart des tableaux et graphiques permettent d'établir des comparaisons avec les chiffres du Nord – Pas-de-Calais, de ses deux départements et de la France métropolitaine, en ce qui concerne les données émanant du recensement de 2006.

Le lecteur peut forger sa propre analyse du contexte local à travers les quatre volets suivants :

- **Volet de cadrage** présentant à la fois la situation de la population du point de vue démographique, socio économique et vis-à-vis du logement.
- **Volet offre de soins** reposant sur une estimation du nombre et de la densité territoriale de plusieurs professionnels de santé en exercice au 1<sup>er</sup> janvier 2008, jugées importantes en termes de proximité géographique (généraliste, pédiatre, ophtalmologiste etc.)
- **Volet besoin de soins** reposant sur l'analyse comparative de la mortalité prématurée 2004-2007 ainsi que sur la mortalité tous âges 2004-2007 par tumeurs malignes (sein, col de utérus, côlon, prostate etc.), par maladies de l'appareil circulatoire ou respiratoire.
- **Volet emplois de la santé** mesurant à partir des données du recensement 2006 le « poids » du secteur économique de la santé et des professions de la santé parmi la totalité des actifs occupés au niveau local.

### *Territoire concerné*

Les fiches portent sur les 11 Communautés d'Agglomération, les 3 Communautés Urbaines (Arras, Lille Métropole, Dunkerque Grand Littoral) et les 13 Pays de la région Nord – Pas-de-Calais.

### *Principaux résultats*

Les fiches des différents territoires montrent que certaines populations de la région présentent un handicap économique important par rapport au reste de la Région, mais aussi par rapport à la moyenne française ; que la région accuse une surmortalité nette par rapport au reste de la France qui peut être très marquée dans certains territoires

### *Partenaires associés*

Conseil régional du Nord – Pas-de-Calais.



## ■ Mise à jour 2009 des indicateurs statistiques du site de l'ORS

### *Contexte*

Dans le cadre de la mise à jour des indicateurs du site de l'ORS, nous avons créé de nouveaux tableaux statistiques par territoires. Ces tableaux recouvrent 3 volets :

1. Volet état de santé : Mortalité 2004-2007 par causes dans le Nord - Pas-de-Calais
2. Volet population : Etat et dynamique
3. Volet offre de soins : Professionnels de santé

### *Objectifs*

Le but est de fournir à l'internaute venant consulter le site de l'ORS, des indicateurs actualisés par les données les plus récentes disponibles, déclinées selon différentes échelles territoriales (France métropolitaine, régions, départements, communautés urbaines, communautés d'agglomération, Pays).

Ainsi en 2009, l'ORS a été en mesure de fournir des indicateurs provenant du recensement 2006 de l'Insee, des estimations 2008 des professionnels de santé du répertoire ADELI, des données de mortalité des années 2004-2007 directement acquises par l'ORS auprès du CépiDC

**Cette année, l'ORS a voulu apporter à l'internaute plus qu'une simple mise à jour.**

En effet, pour de nombreux indicateurs, la majorité des tableaux permettent dorénavant de situer chaque territoire de la région Nord - Pas-de-Calais selon son rang de classement parmi l'ensemble des territoires de France métropolitaine. Ils permettent également, en fonction de ce même classement, de connaître les territoires (appartenant ou non à la Région) se situant juste avant et juste après chaque territoire du Nord - Pas-de-Calais, ainsi que la valeur de leur indicateur statistique.

### *Méthode utilisée*

L'ORS Nord - Pas-de-Calais a développé sous SAS des programmes permettant d'automatiser la production des tableaux statistiques au format Excel et de décliner facilement les indicateurs au niveau territorial souhaité.

### *Territoire concerné*

L'ORS Nord - Pas-de-Calais considère comme une priorité de décliner les indicateurs statistiques qu'il présente à l'échelle des territoires correspondant aux besoins des institutions et des partenaires. Pour cela, nous nous efforçons d'acquérir les éléments statistiques à l'échelle communale (et même au niveau de l'IRIS) afin de les agréger au niveau territorial souhaité. Par ailleurs, afin de permettre de positionner chaque territoire selon un classement national, l'ORS s'efforce d'obtenir les données de la totalité des communes de France métropolitaine.

### *Principaux résultats*

#### **Etat de santé : Actualisation des tableaux d'indices comparatifs de mortalité (ICM) sur la période 2004-2007**

Les nouveaux ICM ont été calculés à partir du cumul des décès 2004, 2005, 2006 et 2007 et de la population recensée au milieu de cette période (recensement 2006) à l'aide du logiciel SAS (Version 9.2). Ils ont été déclinés selon 21 causes de mortalité.

1. Mortalité toutes causes de décès confondues dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
2. Mortalité évitable par des actions sur les facteurs de risque individuels dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
3. Mortalité évitable par des actions sur le système de soins dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
4. Mortalité par cardiopathies ischémiques dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007

5. Mortalité par maladies de l'appareil respiratoire dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
6. Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
7. Mortalité par maladies cérébrovasculaires dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
8. Mortalité par maladie chronique du foie dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
9. Mortalité par tumeurs malignes dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
10. Mortalité par tumeur maligne du col de l'utérus dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
11. Mortalité par tumeur maligne du côlon dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
12. Mortalité par tumeur maligne de l'estomac dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
13. Mortalité par tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx, dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
14. Mortalité par tumeur maligne du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
15. Mortalité par tumeur maligne de la prostate dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
16. Mortalité par tumeur maligne de l'œsophage dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
17. Mortalité par tumeur maligne du sein dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
18. Mortalité par abus d'alcool (y compris psychose alcoolique) dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
19. Mortalité par accidents de la circulation dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
20. Mortalité par diabète sucré dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007
21. Mortalité par suicides dans le Nord - Pas-de-Calais 2004-2007

**Exemple de sortie Excel des tableaux des ICM 2004-2007 par zones géographiques de la région**

| CIM 10 : A00-Y89 - Toutes causes<br>2004 - 2007      |  | Mortalité tous âges<br>Hommes                    |   |                                  |                  |              |        | Mortalité tous âges<br>Femmes |  |  |  |        |              |              |          |             |             |
|--|--|--|---|----------------------------------|------------------|--------------|--------|-------------------------------|--|--|--|--------|--------------|--------------|----------|-------------|-------------|
| Zone   | Nom de la zone géographique              | Territoire classé juste avant                    | Territoire classé juste après                       | Nombre de décès observés cumulés | ICM (France=100) |              |        | Territoire classé juste avant | Territoire classé juste après              | Nombre de décès observés cumulés                         | ICM (France=100)   |        |              |              |          |             |             |
|  |  |  |   |                                  | IC inf           | ICM          | IC sup |                               |  |  | Rang (2)   | IC inf | ICM          | IC sup       | Rang (2) |             |             |
| RÉGION   | Nord-Pas-de-Calais                       | Picardie (ICM=114,4)                             | Nord-Pas-de-Calais (ICM=130,5)                      | 73 461                           | 129,6            | <b>130,5</b> | ***    | 131,4                         | 22 sur 22                                  | Picardie (ICM=115,5)                                     | Nord-Pas-de-Calais (ICM=122,6)                           | 67 905 | 121,6        | <b>122,6</b> | ***      | 123,5       | 22 sur 22   |
| DÉPARTEMENT  | Nord                                     | Aisne (ICM=120,8)                                | Pas-de-Calais (ICM=134,1)                           | 44 897                           | 127,1            | <b>128,3</b> | ***    | 129,5                         | 95 sur 96                                  | Moselle (ICM=119,9)                                      | Pas-de-Calais (ICM=123,4)                                | 41 521 | 120,9        | <b>122,0</b> | ***      | 123,2       | 95 sur 96   |
|  | Pas-de-Calais                            | Nord (ICM=128,3)                                 | Pas-de-Calais (ICM=134,1)                           | 28 564                           | 132,6            | <b>134,1</b> | ***    | 135,7                         | 96 sur 96                                  | Nord (ICM=122,0)   | Pas-de-Calais (ICM=123,4)                                | 26 384 | 121,9        | <b>123,4</b> | ***      | 124,9       | 96 sur 96   |
| COMMUNAUTÉ D'AGGLOMÉRATION ET COMMUNAUTÉ URBAINE (1) | CA Maubeuge Val de la Sambre             | CA de la Région Dieppoise (HNO) (ICM=132,1)      | CU de Dunkerque Grand Littoral (NPC) (ICM=135,0)    | 1 904                            | 127,1            | <b>133,0</b> | ***    | 139,1                         | 174 sur 183                                | CA du Val de Fensch (LOR) (ICM=125,1)                    | CA d'Hénin Carvin (NPC) (ICM=128,1)                      | 1 617  | 119,6        | <b>125,7</b> | ***      | 132,0       | 176 sur 183 |
|  | CA d'Hénin Carvin                        | CA du Boulonnais (NPC) (ICM=139,5)               | CA de l'Artois (NPC) (ICM=146,5)                    | 2 396                            | 135,4            | <b>141,0</b> | ***    | 146,8                         | 180 sur 183                                | CA Maubeuge Val de la Sambre (NPC) (ICM=125,7)           | CA de Lens - Liévin (NPC) (ICM=128,3)                    | 2 144  | 122,8        | <b>128,1</b> | ***      | 133,7       | 177 sur 183 |
|  | CA de Cambrai                            | CU de Dunkerque Grand Littoral (NPC) (ICM=135,0) | CA du Calaisais (NPC) (ICM=138,0)                   | 1 343                            | 129,6            | <b>136,8</b> | ***    | 144,3                         | 176 sur 183                                | CA du Douaisis (NPC) (ICM=128,9)                         | CA de Valenciennes Métropole (NPC) (ICM=129,9)           | 1 248  | 122,6        | <b>129,7</b> | ***      | 137,1       | 180 sur 183 |
|  | CA de Lens - Liévin                      | CA de l'Artois (NPC) (ICM=146,5)                 | CA de la Porte du Hainaut (NPC) (ICM=154,6)         | 5 172                            | 149,6            | <b>153,8</b> | ***    | 158,0                         | 182 sur 183                                | CA d'Hénin Carvin (NPC) (ICM=128,1)                      | CA du Douaisis (NPC) (ICM=128,9)                         | 4 783  | 124,7        | <b>128,3</b> | ***      | 132,0       | 178 sur 183 |
|  | CA de Saint Omer                         | CA Seine - Eure (HNO) (ICM=128,1)                | CA du Douaisis (NPC) (ICM=131,3)                    | 1 169                            | 122,8            | <b>130,2</b> | ***    | 137,8                         | 171 sur 183                                | CU de Lille Métropole (NPC) (ICM=114,1)                  | CA Seine - Eure (HNO) (ICM=128,1)                        | 963    | 108,4        | <b>115,6</b> | ***      | 123,1       | 166 sur 183 |
|  | CA de Valenciennes Métropole             | CA du Calaisais (NPC) (ICM=138,0)                | CA du Boulonnais (NPC) (ICM=139,5)                  | 3 687                            | 133,7            | <b>138,1</b> | ***    | 142,6                         | 178 sur 183                                | CA de Cambrai (NPC) (ICM=129,7)                          | CA de Forbach - Porte de France (LOR) (ICM=133,9)        | 3 468  | 125,6        | <b>129,9</b> | ***      | 134,3       | 181 sur 183 |
|  | CA de l'Artois                           | CA d'Hénin Carvin (NPC) (ICM=141,0)              | CA de Lens - Liévin (NPC) (ICM=153,8)               | 4 359                            | 142,2            | <b>146,5</b> | ***    | 150,9                         | 181 sur 183                                | CA de Sarreguémises Confluences (LOR et ALS) (ICM=121,9) | CA du Boulonnais (NPC) (ICM=134,0)                       | 4 101  | 119,7        | <b>123,4</b> | ***      | 127,2       | 171 sur 183 |
|  | CA de la Porte du Hainaut                | CA de Lens - Liévin (NPC) (ICM=153,8)            | CA de la Porte du Hainaut (NPC) (ICM=154,6)         | 3 229                            | 149,3            | <b>154,6</b> | ***    | 160,0                         | 183 sur 183                                | CA de Forbach - Porte de France (LOR) (ICM=136,4)        | CA de la Porte du Hainaut (NPC) (ICM=124,1)              | 2 872  | 131,5        | <b>136,4</b> | ***      | 141,5       | 183 sur 183 |
|  | CA du Boulonnais                         | CA de Valenciennes Métropole (NPC) (ICM=138,1)   | CA d'Hénin Carvin (NPC) (ICM=141,0)                 | 2 339                            | 133,9            | <b>139,5</b> | ***    | 145,3                         | 179 sur 183                                | CA de Valenciennes Métropole (NPC) (ICM=123,4)           | CA d'Elbeuf - Boucle de Seine (HNO) (ICM=129,9)          | 2 232  | 118,9        | <b>124,0</b> | ***      | 129,2       | 172 sur 183 |
|  | CA du Calaisais                          | CA de Cambrai (NPC) (ICM=136,6)                  | CA de Valenciennes Métropole (NPC) (ICM=138,1)      | 1 740                            | 131,6            | <b>138,0</b> | ***    | 144,7                         | 177 sur 183                                | CU de Dunkerque Grand Littoral (NPC) (ICM=119,3)         | CA de Sarreguémises Confluences (LOR et ALS) (ICM=121,9) | 1 551  | 113,8        | <b>119,7</b> | ***      | 125,8       | 169 sur 183 |
|  | CA du Douaisis                           | CA de Saint Omer (NPC) (ICM=130,2)               | CA de la Région Dieppoise (HNO) (ICM=132,1)         | 3 010                            | 126,7            | <b>131,3</b> | ***    | 136,1                         | 172 sur 183                                | CA de Lens - Liévin (NPC) (ICM=128,3)                    | CA de Cambrai (NPC) (ICM=129,7)                          | 2 875  | 124,3        | <b>128,9</b> | ***      | 133,7       | 179 sur 183 |
|  | CU d'Arras                               | CA de Saint Malo Agglomération (BRE) (ICM=115,4) | CA Lannion - Trégor Agglomération (BRE) (ICM=116,1) | 1 587                            | 110,1            | <b>115,7</b> | ***    | 121,5                         | 157 sur 183                                | CA de Metz Métropole (CA 2M) (LOR) (ICM=111,7)           | CA Morlaix Communauté (BRE) (ICM=112,3)                  | 1 510  | 106,1        | <b>111,7</b> | ***      | 117,5       | 160 sur 183 |
|  | CU de Dunkerque Grand Littoral           | CA Maubeuge Val de la Sambre (NPC) (ICM=133,0)   | CA de Cambrai (NPC) (ICM=136,8)                     | 3 555                            | 130,6            | <b>135,0</b> | ***    | 139,5                         | 175 sur 183                                | CA Seine - Eure (HNO) (ICM=117,2)                        | CA du Calaisais (NPC) (ICM=119,7)                        | 3 006  | 115,1        | <b>119,3</b> | ***      | 123,7       | 168 sur 183 |
|  | CU de Lille Métropole                    | CA Morlaix-Communauté (BRE) (ICM=116,6)          | CA du Soissonnais (PIC) (ICM=123,5)                 | 16 827                           | 118,7            | <b>120,5</b> | ***    | 122,3                         | 166 sur 183                                | CA Plaine Commune (IDF) (ICM=113,4)                      | CA de Saint Omer (NPC) (ICM=115,6)                       | 15 821 | 112,3        | <b>114,1</b> | ***      | 115,9       | 165 sur 183 |
|  | 7 Vallées                                | Sédanais (CHA) (ICM=129,9)                       | Sambre-Avesnois (NPC) (ICM=131,3)                   | 947                              | 122,2            | <b>130,3</b> | ***    | 138,9                         | 364 sur 368                                | Trois Vallées (CHA) (ICM=134,9)                          | Paillois (PAC) (ICM=139,7)                               | 866    | 126,1        | <b>135,0</b> | ***      | 144,3       | 367 sur 368 |
|  | Artois                                   | Tomernois (BOU) (ICM=118,1)                      | Argonne Champenoise (CHA) (ICM=118,2)               | 3 729                            | 114,3            | <b>118,1</b> | ***    | 121,9                         | 332 sur 368                                | Sédanais (CHA) (ICM=117,4)                               | Plateau de Caux Maritime (HNO) (ICM=117,9)               | 3 363  | 113,8        | <b>117,8</b> | ***      | 121,8       | 333 sur 368 |
|  | Boulonnais                               | Calaisais (NPC) (ICM=133,5)                      | Cambresis (NPC) (ICM=136,3)                         | 3 104                            | 128,8            | <b>133,5</b> | ***    | 138,3                         | 367 sur 368                                | Calaisais (NPC) (ICM=123,6)                              | Thiérache (PIC) (ICM=125,5)                              | 2 940  | 120,1        | <b>124,5</b> | ***      | 129,1       | 354 sur 368 |
|  | Calaisais                                | Sambre-Avesnois (NPC) (ICM=131,3)                | Boulonnais (NPC) (ICM=133,5)                        | 2 769                            | 128,5            | <b>133,5</b> | ***    | 138,5                         | 366 sur 368                                | Val de Lorraine (LOR) (ICM=123,1)                        | Boulonnais (NPC) (ICM=124,5)                             | 2 487  | 118,8        | <b>123,6</b> | ***      | 128,5       | 353 sur 368 |
|  | Cambresis                                | Boulonnais (NPC) (ICM=133,5)                     | Cambresis (NPC) (ICM=136,3)                         | 3 284                            | 131,6            | <b>136,2</b> | ***    | 141,0                         | 368 sur 368                                | Saulnois (LOR) (ICM=132,3)                               | Santerre - Haute Somme (PIC) (ICM=134,1)                 | 3 068  | 128,0        | <b>132,7</b> | ***      | 137,5       | 364 sur 368 |
|  | Coeur de Flandre                         | Morlaix (BRE) (ICM=120,5)                        | Soissonnais (PIC) (ICM=121,8)                       | 2 182                            | 116,2            | <b>121,2</b> | ***    | 126,4                         | 340 sur 368                                | Coeur de Lorraine (LOR) (ICM=127,3)                      | Mercantour (PAC) (ICM=131,3)                             | 2 177  | 124,3        | <b>129,7</b> | ***      | 135,3       | 361 sur 368 |
| La Lys Romane  | Sartrois - Haute Somme (PIC) (ICM=125,5) | Guingamp (BRE) (ICM=125,9)                       | 1 026   | 118,0                            | <b>125,6</b>     | ***          | 133,5  | 358 sur 368                   | Redon et Vaine (BRE et PLO) (ICM=120,6)    | Moulin de Flandre (NPC) (ICM=122,2)                      | 927  | 113,2  | <b>120,9</b> | ***          | 128,9    | 348 sur 368 |             |
| Maritime et Rural du Montreuillois                   | Trois Vallées (CHA) (ICM=119,2)          | Morlaix (BRE) (ICM=120,5)                        | 1 537   | 113,6                            | <b>119,5</b>     | ***          | 125,6  | 338 sur 368                   | Alsace du Nord (ALS) (ICM=115,0)           | Vallées de Meuse et Semoy (CHA) (ICM=115,3)              | 1 438  | 109,3  | <b>115,2</b> | ***          | 121,3    | 325 sur 368 |             |
| Moulins de Flandre                                   | Guingamp (BRE) (ICM=125,9)               | Saulnois (LOR) (ICM=126,8)                       | 1 200   | 119,3                            | <b>126,0</b>     | ***          | 133,7  | 360 sur 368                   | La Lys Romane (NPC) (ICM=120,6)            | Sambre-Avesnois (NPC) (ICM=122,6)                        | 1 062  | 115,0  | <b>122,2</b> | ***          | 129,8    | 349 sur 368 |             |
| Pévêlois   | Tulle (LIM) (ICM=103,6)                  | Vallée du Loir (PLO) (ICM=103,6)                 | 1 192   | 97,8                             | <b>103,6</b>     | **           | 109,6  | 198 sur 368                   | Plateau de Caux Maritime (HNO) (ICM=117,9) | Trois Cantons (NPC) (ICM=118,1)                          | 1 179  | 111,3  | <b>117,9</b> | ***          | 124,8    | 335 sur 368 |             |
| Saint-Omer   | Thiérache (PIC) (ICM=122,1)              | Riezès Sarts et Thiérache (CHA) (ICM=122,4)      | 2 081   | 117,0                            | <b>122,2</b>     | ***          | 127,5  | 343 sur 368                   | Ternois (NPC et PIC) (ICM=119,0)           | Trois Vallées (80) (PIC) (ICM=119,0)                     | 1 840  | 113,6  | <b>119,0</b> | ***          | 124,6    | 339 sur 368 |             |
| Sambre-Avesnois                                      | 7 Vallées (NPC) (ICM=130,3)              | Calaisais (NPC) (ICM=133,5)                      | 4 654   | 127,5                            | <b>131,3</b>     | ***          | 135,1  | 365 sur 368                   | Moulins de Flandre (NPC) (ICM=122,2)       | Avre et Iton (HNO et CTR) (ICM=123,0)                    | 4 069  | 118,9  | <b>122,6</b> | ***          | 126,5    | 350 sur 368 |             |
| Ternois  | Loire Val d'Aubois (CTR) (ICM=122,8)     | Pontivy (BRE) (ICM=123,1)                        | 860   | 114,9                            | <b>123,0</b>     | ***          | 131,5  | 347 sur 368                   | Combrailles (AUV) (ICM=118,7)              | Saint-Omer (NPC) (ICM=119,0)                             | 842  | 111,1  | <b>119,0</b> | ***          | 127,3    | 338 sur 368 |             |

Source : INSEE - Recensement de la population (date de référence 1/01/2006), INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès-CépiDc. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

\*\*\* : ICM (Indice Comparatif de Mortalité) significatif (p<0,001) par rapport à la mortalité nationale (France métropolitaine)

\*\* : ICM (Indice Comparatif de Mortalité) significatif (0,001<p<0,01) par rapport à la mortalité nationale (France métropolitaine)

\* : ICM (Indice Comparatif de Mortalité) significatif (0,01<p<0,05) par rapport à la mortalité nationale (France métropolitaine)

ns : ICM non significatif

**Population : Etat et dynamique - Présentation de tableaux statistiques à partir du recensement 2006 de la population**

La constitution des différents tableaux repose sur les résultats 2006 du recensement annuel de la population. Ces tableaux d'indicateurs statistiques sont axés vers les thèmes et sous thèmes suivants :

Familles et ménages dans le Nord - Pas-de-Calais en 2006

- ✓ La famille dans le Nord - Pas-de-Calais en 2006
- ✓ Les ménages dans le Nord - Pas-de-Calais en 2006
- ✓ Population au sein des ménages dans le Nord - Pas-de-Calais en 2006

Population du Nord - Pas-de-Calais en 2006

- ✓ Évolution démographique de la population du Nord - Pas-de-Calais en 2006

Évolution et structure de la population

- ✓ Recensement de la population du Nord - Pas-de-Calais en 2006 : effectif, densité et variation
- ✓ Population du Nord - Pas-de-Calais par groupe d'âge en 2006
- ✓ Nord - Pas-de-Calais en 2006 : natalité, fécondité, mortalité

Exemple de sortie Excel de tableaux d'indicateurs construits à partir du recensement 2006

| Nom de la zone géographique                         |                                    | Taux de natalité annuel 1990/1999 |  |  |   | Taux de natalité annuel 1999/2006 |   |   |   |
|---|------------------------------------|-----------------------------------|--|--|---|-----------------------------------|---|---|---|
|   |                                    | Taux (pour 1000)                  | Territoire classé juste avant                                | Territoire classé juste après  | Classement de l'indicateur le plus faible au plus élevé | Taux (pour 1000)                  | Territoire classé juste avant                                 | Territoire classé juste après                                 | Classement de l'indicateur le plus faible au plus élevé |
| FRANCE  | France métropolitaine              | 12,8                              | -  | -  | 1 sur 1   | 12,8                              | -   | -   | 1 sur 1   |
| RÉGION  | Nord-Pas-de-Calais                 | 14,1                              | Haute-Normandie : 13,5                                       | Île-de-France : 15,2   | 21 sur 22   | 14,0                              | Picardie : 13,3   | Île-de-France : 15,5  | 21 sur 22   |
| DÉPARTEMENT   | Nord                               | 14,4                              | Rhône (RHA) : 14,4   | Seine-et-Marne (IDF) : 14,6  | 89 sur 96   | 14,3                              | Oise (PIC) : 13,9   | Seine-et-Marne (IDF) : 14,4                                   | 87 sur 96   |
|   | Pas-de-Calais                      | 13,5                              | Eure (HNO) : 13,5  | Seine-Maritime (HNO) : 13,5  | 83 sur 96   | 13,5                              | Maine-et-Loire (PLO) : 13,4                                   | Mayenne (PLO) : 13,5  | 84 sur 96   |
| COMMUNAUTÉ URBAINE / COMMUNAUTÉ D'AGGLOMÉRATION (1) | CA Maubeuge Val de la Sambre       | 14,4                              | CA du Val d'Yverres (IDF) : 14,4                             | CA Cour de Seine (IDF) : 14,4  | 133 sur 183   | 13,9                              | CA de Châlons en Champagne (CHA) : 13,9                       | CA de Marne et Champagne (IDF) : 13,9                         | 135 sur 183   |
|   | CA d'Hénin Carvin                  | 14,0                              | CA du Moyen Pays Provençal - Pôle Azur Provence (PAC) : 13,9 | CU du Grand Nancy (LOR) : 14,0                                       | 118 sur 183   | 14,1                              | CA du Boulonnais (NPC) : 14,0                                 | CA Laval Agglomération (PLO) : 14,2                           | 141 sur 183   |
|   | CA de Cambrai                      | 13,3                              | CA Montpellier Agglomération (LRO) : 13,3                    | CA Rennes Métropole (BRE) : 13,4                                     | 96 sur 183  | 13,1                              | CU du Grand Toulouse (MPT) : 13,1                             | CA de Charleville-Mézières Cour d'Ardenne (CHA) : 13,3        | 110 sur 183   |
|   | CA de Lens - Liévin                | 14,2                              | CA Annemasse - Les Voirons - Agglomération (RHA) : 14,1      | CA de Metz Métropole (CA 2M) (LOR) : 14,3                            | 127 sur 183   | 13,9                              | CA de Saint Omer (NPC) : 13,8                                 | CA de Valenciennes Métropole (NPC) : 13,9                     | 132 sur 183   |
|   | CA de Saint Omer                   | 14,9                              | CU de Lyon (Grand Lyon) (RHA) : 14,9                         | CA Les Portes de l'Essonne (IDF) : 15,0                              | 146 sur 183   | 13,8                              | CA Belfortaine (FCM) : 13,8                                   | CA de Lens - Liévin (NPC) : 13,9                              | 131 sur 183   |
|   | CA de Valenciennes Métropole       | 13,7                              | CA Annécienne (RHA) : 13,7                                   | CA Val et Forêt (IDF) : 13,7   | 110 sur 183   | 13,9                              | CA de Lens - Liévin (NPC) : 13,9                              | CA de Châlons en Champagne (CHA) : 13,9                       | 133 sur 183   |
|   | CA de l'Artois                     | 12,7                              | CA du Plateau de Saclay (IDF) : 12,7                         | CA Beauce, Côte et Sud - Communauté Beauce-Chagny-Nolay (BOU) : 12,7 | 75 sur 183  | 13,4                              | CA Marne et Charteraine (IDF) : 13,4                          | CA Havraise - CODH (HNO) : 13,4                               | 117 sur 183   |
|   | CA de la Porte du Hainaut          | 13,4                              | CA Rennes Métropole (BRE) : 13,4                             | CU Le Mans Métropole (PLO) : 13,4                                    | 98 sur 183  | 13,9                              | CA de Marne et Gondoire (IDF) : 13,9                          | CA du Pays Viennois (RHA) : 13,9                              | 137 sur 183   |
|   | CA du Boulonnais                   | 15,1                              | CA des Portes de l'Eure (HNO) : 15,1                         | CA Arc de Seine (IDF) : 15,2   | 152 sur 183   | 14,0                              | CA des Hauts de Bièvre (IDF) : 14,0                           | CA d'Hénin Carvin (NPC) : 14,1                                | 140 sur 183   |
|   | CA du Calaisis                     | 16,6                              | CA Melun Val de Seine (IDF) : 16,6                           | CA de Seine-Essonne (IDF) : 16,9                                     | 171 sur 183   | 15,2                              | CA Val de Bièvre (IDF) : 15,2                                 | CU de Lille Métropole (NPC) : 15,5                            | 159 sur 183   |
|   | CA du Douaisis                     | 13,5                              | CA le Haut Val de Marne (IDF) : 13,4                         | CU d'Alençon (PLO et BNO) : 13,5                                     | 101 sur 183   | 13,7                              | CA Annemasse - Les Voirons - Agglomération (RHA) : 13,6       | CA d'Orléans - Val de Loire (CTR) : 13,7                      | 126 sur 183   |
|   | CU d'Arras                         | 13,5                              | CA Angers Loire Métropole (PLO) : 13,5                       | CA Portes de France-Thionville (LOR) : 13,6                          | 105 sur 183   | 13,4                              | CA Grenoble Alpes Métropole (RHA) : 13,3                      | CU Marseille Provence Métropole (PAC) : 13,4                  | 114 sur 183   |
|   | CU de Dunkerque Grand Littoral     | 15,1                              | CA Sud de Seine (IDF) : 15,1                                 | CA des Portes de l'Eure (HNO) : 15,1                                 | 150 sur 183   | 13,6                              | CA le Haut Val de Marne (IDF) : 13,6                          | CA Annemasse - Les Voirons - Agglomération (RHA) : 13,6       | 124 sur 183   |
|   | CU de Lille Métropole              | 15,8                              | CU de Cherbourg (BNO) : 15,8                                 | CA Seine - Eure (HNO) : 15,9   | 161 sur 183   | 15,5                              | CA du Calaisis (NPC) : 15,2                                   | CA Arc de Seine (IDF) : 15,6                                  | 160 sur 183   |
| PAYS (1)  | 7 Vallées                          | 11,2                              | Auray (BRE) : 11,2   | Chinonais (CTR) : 11,2   | 185 sur 368   | 12,3                              | Grand Brianconnais, des Ecrins au Queyras (PAC) : 12,3        | Six Vallées (PCH) : 12,3                                      | 269 sur 368   |
|   | Artois                             | 12,6                              | Chaunois (PIC) : 12,6  | Nord Haut Marnais (CHA) : 12,6                                       | 304 sur 368   | 12,7                              | Fougères (BRE) : 12,7   | Thiérache (PIC) : 12,7  | 299 sur 368   |
|   | Boulonnais                         | 14,6                              | Compiègnais (PIC) : 14,4                                     | Haut Doubs (FCM) : 15,1  | 366 sur 368   | 13,9                              | Bocage Vendéen (PLO) : 13,9                                   | Compiègnais (PIC) : 14,0                                      | 353 sur 368   |
|   | Calaisis                           | 15,4                              | Haut Doubs (FCM) : 15,1                                      | Calaisis (NPC) : 15,4  | 368 sur 368   | 14,8                              | Brocéliande (BRE) : 14,8                                      | Grandlieu Macheoul Logne (PLO) : 15,3                         | 363 sur 368   |
|   | Cambresis                          | 12,7                              | Nord Haut Marnais (CHA) : 12,6                               | Alençon (PLO et BNO) : 12,7  | 306 sur 368   | 13,1                              | Grand Laonnais (PIC) : 13,1                                   | Santerre - Haute Somme (PIC) : 13,1                           | 325 sur 368   |
|   | Coeur de Flandre                   | 13,2                              | Sud de l'Oise (PIC) : 13,1                                   | Caen (BNO) : 13,2  | 333 sur 368   | 12,9                              | Chaunois (PIC) : 12,9   | Rethémois (CHA) : 12,9  | 310 sur 368   |
|   | La Lys Romane                      | 10,8                              | Grand Clermont (AUV) : 10,8                                  | Perche Ornaix (BNO) : 10,9   | 158 sur 368   | 11,7                              | Vosges Saônoises (FCM) : 11,7                                 | Sud-Grésivaudan (RHA) : 11,7                                  | 209 sur 368   |
|   | Maritime et Rural du Montreuillois | 12,9                              | Dieppois-Terroir de Caux (HNO) : 12,9                        | Grésivaudan (RHA) : 13,0   | 321 sur 368   | 12,8                              | Aire urbaine Belfort-Montbéliard-Héricourt-Delle (FCM) : 12,8 | Caen (BNO) : 12,8   | 303 sur 368   |
|   | Moulins de Flandre                 | 12,2                              | Epervay Terres de Champagne (CHA) : 12,2                     | Vidourle Camargue (LRO) : 12,2                                       | 283 sur 368   | 12,7                              | Thiérache (PIC) : 12,7  | Aire urbaine Belfort-Montbéliard-Héricourt-Delle (FCM) : 12,8 | 301 sur 368   |
|   | Pévélais                           | 12,0                              | Ternois (NPC et PIC) : 12,0                                  | Beauce Gâtinais en Pithiverais (CTR) : 12,1                          | 269 sur 368   | 12,1                              | Nord Haut Marnais (CHA) : 12,1                                | Beaunois (BOU) : 12,1   | 242 sur 368   |
|   | Saint-Omer                         | 13,7                              | Vitré - Porte de Bretagne (BRE) : 13,7                       | Sources et Vallées (PIC) : 13,7                                      | 354 sur 368   | 13,5                              | Loire Beauce (CTR) : 13,4                                     | Loue Lison (FCM) : 13,5                                       | 337 sur 368   |
|   | Sambre-Avesnois                    | 13,5                              | Rennes (BRE) : 13,5  | Vallons de Vilaine (BRE) : 13,5                                      | 346 sur 368   | 13,3                              | Sedanais (CHA) : 13,3   | Beauce (CTR) : 13,3   | 330 sur 368   |
|   | Ternois                            | 12,0                              | Entre Seine et Bray (HNO) : 12,0                             | Pévélais (NPC) : 12,0  | 268 sur 368   | 12,3                              | Arèche Verte (RHA) : 12,3                                     | Vienne et Moulère (PCH) : 12,3                                | 266 sur 368   |

Sources : Insee - Recensements de la population. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais

**Offre de soins : Professionnels de santé (Sources : recensement 2006 de la population, répertoire ADELI)**

**Les professionnels de santé : emplois du secteur d'activité économique de la santé dans le Nord - Pas-de-Calais en 2006**

Les recensements de la population 2006 et antérieurs permettent de connaître dans quel secteur d'activité travaillent les personnes, ainsi que la profession qu'ils exercent.

L'ORS Nord - Pas-de-Calais a acquis auprès de l'INSEE un fichier permettant de connaître les effectifs des actifs occupés, travaillant dans le secteur d'activité de la santé humaine (liste tableau 1) à l'échelle de la France métropolitaine ; il est réparti par sexe, PCS, lieu de domicile et lieu de travail.

### **Les secteurs d'activité santé**

Les actifs travaillant dans le secteur économique de la santé humaine ont été choisis à partir de la nomenclature d'activités française révisée en 2003 (NAF niveau 700).

**Tableau 6 - Classes d'activité santé humaine**

|  |
|--|
| 851A - Activité hospitalière                                   |
| 851C - Pratique médicale                                       |
| 851E - Pratique dentaire                                       |
| 851G - Activité des auxiliaires médicaux                       |
| 851H - Soins hors d'un cadre réglementé                        |
| 851J - Ambulances  |
| 851K - Laboratoire d'analyse médicale                          |
| 851L - Centre de collecte et banque d'organes                  |
| 523A - Commerce de détail, produits pharmaceutiques            |
| 523C - Commerce de détail d'articles médicaux et orthopédiques |

### **Professionnels de santé**

Parmi les actifs du secteur santé, nous avons regroupé les PCS correspondant aux professionnels de santé, soit un regroupement de 31 professions concernant la santé, classées selon la Nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS) révisée en 2003.

**Tableau 7 - Liste des professions de santé**

| PCS 2003 : Niveau 4 - Liste des professions |  |
|---|--|
| Code  | Libellé  |
| 311a  | Médecins libéraux spécialistes   |
| 311b  | Médecins libéraux généralistes   |
| 311c  | Chirurgiens dentistes (libéraux ou salariés)                                   |
| 311d  | Psychologues, psychanalystes, psychothérapeutes (non médecins)                 |
| 311f  | Pharmaciens libéraux   |
| 343a  | Psychologues spécialistes de l'orientation scolaire et professionnelle         |
| 344a  | Médecins hospitaliers sans activité libérale                                   |
| 344b  | Médecins salariés non hospitaliers   |
| 344c  | Internes en médecine, odontologie et pharmacie                                 |
| 344d  | Pharmaciens salariés   |
| 431a  | Cadres infirmiers et assimilés   |
| 431b  | Infirmiers psychiatriques  |
| 431c  | Puéricultrices   |
| 431d  | Infirmiers spécialisés (autres qu'infirmiers psychiatriques et puéricultrices) |
| 431e  | Sages-femmes (libérales ou salariées)  |
| 431f  | Infirmiers en soins généraux, salariés   |
| 431g  | Infirmiers libéraux  |
| 432a  | Masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, libéraux                              |
| 432b  | Masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, salariés                              |
| 432c  | Autres spécialistes de la rééducation, libéraux                                |
| 432d  | Autres spécialistes de la rééducation, salariés                                |
| 433a  | Techniciens médicaux   |
| 433b  | Opticiens lunetiers et audioprothésistes (indépendants et salariés)            |
| 433c  | Autres spécialistes de l'appareillage médical (indépendants et salariés)       |
| 433d  | Préparateurs en pharmacie  |
| 525d  | Agents de service hospitaliers (de la fonction publique ou du secteur privé)   |
| 526a  | Aides-soignants (de la fonction publique ou du secteur privé)                  |
| 526b  | Assistants dentaires, médicaux et vétérinaires, aides de techniciens médicaux  |
| 526c  | Auxiliaires de puériculture  |
| 526d  | Aides médico-psychologiques  |
| 526e  | Ambulanciers salariés (du secteur public ou du secteur privé)                  |

La nomenclature 2003 est le fruit de la rénovation de la nomenclature en vigueur depuis 1982. Ce travail a conduit l'Insee à regrouper, au sein d'une même catégorie socioprofessionnelle, des professions dont la distinction était devenue obsolète, et à l'inverse, à éclater des professions (comme les aides soignants) afin de tenir compte de l'apparition de nouveaux métiers.

Ainsi, les internes en médecine, qui dans la nomenclature 1982 étaient classés avec les médecins hospitaliers, sont désormais classés avec les étudiants. Il convient donc de tenir compte de ces modifications dans l'analyse des évolutions entre le recensement 2006 et les recensements précédents de 1982, 1990 et 1999. Pour en savoir plus :

<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/pcs2003/pcs2003.htm>

A partir de ces données, l'ORS a produit plusieurs indicateurs mesurant l'offre de soins.

Concernant le calcul de la densité (nombre de professionnels de santé par habitants) ou inversement de la desserte, la population desservie est celle domiciliée sur le territoire et les professionnels de santé ceux travaillant sur le territoire qu'ils y soient domiciliés ou non.

### **Liste des indicateurs**

1. Actifs occupés travaillant dans le secteur santé
2. Ensemble des professionnels de la santé travaillant dans le secteur d'activité santé : effectif et densité
3. Ensemble des professionnels de la santé travaillant dans le secteur d'activité santé : pourcentage
4. Actifs travaillant dans le secteur santé non professionnels de santé
5. Médecins (libéraux spécialistes, libéraux généralistes, salariés non hospitaliers, hospitaliers sans activité libérale) : effectif

6. Médecins (libéraux spécialistes, libéraux généralistes, salariés non hospitaliers, hospitaliers sans activité libérale) : densité
7. Médecins hospitaliers sans activité libérale
8. Infirmiers (cadres et assimilés, psychiatriques, spécialisés, soins généraux salariés, libéraux)
9. Sages-femmes (libérales ou salariées)

**Exemple de sortie Excel de tableaux d'indicateurs construits à partir des données du recensement 2006 axées sur les professions de la santé.**

| Territoires   |                                    | Population RP 2006 (2) | Ensemble des actifs occupés (3) | Actifs occupés travaillant dans le secteur santé |                              |   |   |   |
|---|------------------------------------|------------------------|---------------------------------|--|------------------------------|---|---|---|
|   |                                    |                        |                                 | Effectifs  | Part des actifs occupés en % | Territoire classé juste avant                     | Territoire classé juste après                           | Classement de l'indicateur le plus faible au plus élevé |
| FRANCE  | France métropolitaine              | 61 399 719             | 25 259 201                      | 1 855 691  | 7,35                         | -   | -   | -   |
| RÉGION  | Nord-Pas-de-Calais                 | 4 018 648              | 1 466 988                       | 113 809  | 7,76                         | Alsace : 7,8                                      | Basse-Normandie : 7,8                                   | 12 sur 22   |
| DÉPARTEMENT   | Nord                               | 2 565 258              | 974 577                         | 74 927   | 7,69                         | Arriège (MPY) : 7,6                               | Puy-de-Dôme (AUJ) : 7,7                                 | 48 sur 96   |
|   | Pas-de-Calais                      | 1 453 390              | 492 411                         | 38 882   | 7,90                         | Meuse (LOR) : 7,9                                 | Haute-Corse (COR) : 7,9                                 | 58 sur 96   |
| COMMUNAUTÉ URBAINE / COMMUNAUTÉ D'AGGLOMÉRATION (1) | CA Maubeuge Val de la Sambre       | 99 501                 | 36 756                          | 3 078  | 8,37                         | CA de La Rochelle (PCH) : 8,3                     | CA du Pays Viennois (RHA) : 8,4                         | 82 sur 183  |
|   | CA d'Hénin Carvin                  | 124 580                | 36 712                          | 3 332  | 9,08                         | CA Clermont Communauté (AUJ) : 9,0                | CA de Brive (LIM) : 9,1                                 | 103 sur 183   |
|   | CA de Cambrai                      | 62 214                 | 27 777                          | 2 892  | 10,41                        | CA du Grand Allés en Cévennes (LRO) : 10,4        | CA le Grand Roanne (RHA) : 10,4                         | 140 sur 183   |
|   | CA de Lens - Liévin                | 246 097                | 72 631                          | 6 753  | 9,30                         | CA d'Agen (AQU) : 9,3                             | du Moyen Pays Provençal - Pôle Azur Provence (PAC) :    | 108 sur 183   |
|   | CA de Saint Omer                   | 64 072                 | 33 382                          | 2 245  | 6,73                         | CA Annicienne (RHA) : 6,6                         | CA Melun Val de Seine (IDF) : 6,8                       | 28 sur 183  |
|   | CA de Valenciennes Métropole       | 191 025                | 80 023                          | 7 546  | 9,43                         | CA de Saint Malo Agglomération (BRE) : 9,4        | CA d'Évreux (HNO) : 9,4                                 | 112 sur 183   |
|   | CA de l'Artois                     | 206 760                | 66 463                          | 4 909  | 7,39                         | CU Nantes Métropole (PLO) : 7,3                   | CA de la Porte du Hainaut (NPC) : 7,4                   | 40 sur 183  |
|   | CA de la Porte du Hainaut          | 147 084                | 40 797                          | 3 024  | 7,41                         | CA de l'Artois (NPC) : 7,4                        | CA Castelroussine (CTR) : 7,4                           | 41 sur 183  |
|   | CA du Boulonnais                   | 120 398                | 46 677                          | 3 839  | 8,23                         | CA Montargoise et des Rives du Loing (CTR) : 8,2  | CA du Mâconnais- Val de Saône (BOU et RHA) : 8,3        | 77 sur 183  |
|   | CA du Calaisis                     | 96 695                 | 43 323                          | 3 075  | 7,10                         | CA Loire-Foréz (RHA) : 7,1                        | CA des Portes de l'Eure (HNO) : 7,1                     | 33 sur 183  |
|   | CA du Douaisis                     | 152 577                | 59 391                          | 4 267  | 7,19                         | CA du Beauvaisis (PIC) : 7,2                      | CA Elbeuf - Boucle de Seine (HNO) : 7,2                 | 36 sur 183  |
|   | CU d'Arras                         | 91 439                 | 54 787                          | 4 090  | 7,47                         | CU de Lyon (Grand Lyon) (RHA) : 7,4               | CA Val de France (IDF) : 7,5                            | 46 sur 183  |
|   | CU de Dunkerque Grand Littoral     | 200 416                | 86 003                          | 5 452  | 6,34                         | CA Europ'Essonne (IDF) : 6,3                      | CA d'Orléans - Val de Loire (CTR) : 6,4                 | 24 sur 183  |
|   | CU de Lille Métropole              | 1 107 861              | 491 290                         | 39 203   | 7,98                         | CA de Chartres Métropole (CTR) : 7,9              | A du Bassin d'Arcachon Sud - Pôle Atlantique (AQU) : 8, | 58 sur 183  |
| PAYS (1)  | 7 Vallées                          | 36 622                 | 11 472                          | 657  | 5,73                         | Ouest Charente - Pays du Cognac (PCH) : 5,7       | Seine en Plaine Champenoise (CHA) : 5,7                 | 121 sur 368   |
|   | Artois                             | 203 849                | 82 452                          | 5 224  | 6,34                         | Forez (RHA et AUJ) : 6,3                          | Compiègnais (PIC) : 6,4                                 | 151 sur 368   |
|   | Boulonnais                         | 162 461                | 57 070                          | 4 196  | 7,35                         | Castelroussin, Val de l'Indre (CTR) : 7,3         | Marennes Oléron (PCH) : 7,4                             | 210 sur 368   |
|   | Calaisis                           | 158 455                | 54 083                          | 3 455  | 6,39                         | gnoble Gallacois, Bastides et Val Dadou (MPY) : 6 | Thouarsais (PCH) : 6,4                                  | 156 sur 368   |
|   | Cambésis                           | 153 619                | 52 993                          | 4 015  | 7,58                         | Havre Pointe de Caux Estuaire (HNO) : 7,6         | Roannais Pays de Rhône-Alpes (RHA) : 7,6                | 227 sur 368   |
|   | Coeur de Flandre                   | 119 233                | 39 804                          | 2 709  | 6,81                         | Corbières Minervois (LRO) : 6,8                   | Périgord Vert (AQU) : 6,8                               | 182 sur 368   |
|   | La Lys Romane                      | 51 277                 | 12 757                          | 1 760  | 13,80                        | Guéret (LIM) : 13,5                               | Nestes (MPY) : 14,5                                     | 365 sur 368   |
|   | Maritime et Rural du Montreuillois | 75 401                 | 27 598                          | 4 318  | 15,64                        | Nestes (MPY) : 14,5                               | Clermontois-Plateau Picard (PIC) : 18,3                 | 367 sur 368   |
|   | Moulinis de Flandre                | 64 715                 | 15 198                          | 511  | 3,36                         | Vienne et Moulère (PCH) : 3,4                     | Jeune Loire et ses rivières (AUJ) : 3,4                 | 19 sur 368  |
|   | Pévélais                           | 84 988                 | 21 834                          | 786  | 3,60                         | Loire Val d'Aubois (CTR) : 3,6                    | Riezès Sarts et Thiérache (CHA) : 3,6                   | 30 sur 368  |
|   | Saint-Omer                         | 117 015                | 46 340                          | 2 997  | 6,47                         | Charolais Bnornnais (BOU et AUJ) : 6,4            | Grandlieu Machecoul Logne (PLO) : 6,5                   | 162 sur 368   |
|   | Sambre-Avesnois                    | 234 658                | 70 401                          | 5 978  | 8,49                         | Uzège Pont du Gard (LRO) : 8,4                    | Chironais (CTR) : 8,5                                   | 276 sur 368   |
|   | Ternois                            | 37 749                 | 12 697                          | 945  | 7,44                         | Saint-Malo (BRE) : 7,4                            | Châteaux (CTR) : 7,5                                    | 218 sur 368   |

Sources : Insee-Recensement 2006 de la population. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

**Démographie médicale dans le Nord - Pas-de-Calais : évolution 2005-2008**

A partir des données des répertoires ADELI de 2005 et 2008, l'ORS a estimé l'évolution absolue et relative du nombre de médecins entre ces deux périodes. Nous avons tenté de mesurer également l'effet du vieillissement de la population des médecins, dans l'hypothèse où leur remplacement ne serait pas assuré. Sur la base de ce scénario, nous avons estimé l'effectif et le pourcentage que représenteraient les médecins qui, en 2005 comme en 2008, étaient susceptibles de prendre leur retraite à partir de 65 ans. Si ces estimations reposent sur l'hypothèse la plus défavorable (non renouvellement des médecins dans le territoire), elles permettent néanmoins de mettre en avant le risque de désertification territoriale des médecins

Trois tableaux d'indicateurs ont été déclinés pour l'ensemble des médecins, les médecins généralistes, les médecins spécialistes.

**Exemple de sortie Excel de tableaux d'indicateurs construits à partir des données des répertoires ADELI 2005 et 2008**

| Territoires                           |                                    | Nombre total de médecins (2) |         | Variation du nombre de médecins 2005-2008 |               | Estimation du nombre de médecins retraités dans les 5 prochaines années (âgés de 60 ans ou plus) |        | Estimation de la part des médecins retraités dans les 5 prochaines années (âgés de 60 ans ou plus en %) |      | Age moyen |      |
|---------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|---------|---|---------------|--|--------|---|------|-----------|------|
|                                       |                                    | 2005                         | 2008    | Absolue                                   | Relative en % | 2005   | 2008   | 2005  | 2008 | 2005      | 2008 |
| <b>FRANCE</b>                         | France métropolitaine              | 205 864                      | 208 249 | 2 385                                     | 1,16          | 20 303   | 29 444 | 9,9   | 14,1 | 48,5      | 49,8 |
| <b>RÉGION</b>                         | Nord-Pas-de-Calais                 | 12 051                       | 12 193  | 142                                       | 1,18          | 1 043  | 1 574  | 8,7   | 12,9 | 47,3      | 48,6 |
| <b>DÉPARTEMENT</b>                    | Nord                               | 8 446                        | 8 547   | 101                                       | 1,20          | 769  | 1 091  | 9,1   | 12,8 | 47,1      | 48,4 |
|                                       | Pas-de-Calais                      | 3 605                        | 3 646   | 41  | 1,14          | 274  | 483    | 7,6   | 13,2 | 47,8      | 49,2 |
| <b>COMMUNAUTÉ URBAINE (1)</b>         | CU d'Arras                         | 461                          | 453     | -8  | -1,84         | 51   | 71     | 11,0  | 15,7 | 48,5      | 49,3 |
|                                       | CU de Dunkerque Grand Littoral     | 579                          | 564     | -15                                       | -2,57         | 54   | 86     | 9,4   | 15,2 | 48,6      | 50,3 |
|                                       | CU de Lille Métropole              | 4 887                        | 4 999   | 112                                       | 2,29          | 474  | 631    | 9,7   | 12,6 | 46,6      | 47,7 |
| <b>COMMUNAUTÉ D'AGGLOMÉRATION (1)</b> | CA Maubeuge Val de la Sambre       | 315                          | 300     | -15                                       | -4,74         | 31   | 43     | 9,8   | 14,2 | 48,8      | 50,2 |
|                                       | CA d'Hénin Carvin                  | 313                          | 305     | -8  | -2,54         | 23   | 36     | 7,4   | 11,7 | 48,1      | 49,1 |
|                                       | CA de Cambrai                      | 256                          | 257     | 1   | 0,36          | 26   | 38     | 10,2  | 15,0 | 48,7      | 50,4 |
|                                       | CA de Lens - Liévin                | 617                          | 647     | 30  | 4,80          | 49   | 86     | 8,0   | 13,3 | 47,0      | 48,5 |
|                                       | CA de Saint Omer                   | 225                          | 217     | -9  | -3,88         | 10   | 20     | 4,6   | 9,3  | 46,9      | 49,5 |
|                                       | CA de Valenciennes Métropole       | 691                          | 720     | 29  | 4,19          | 67   | 100    | 9,7   | 13,9 | 47,7      | 48,4 |
|                                       | CA de l'Artois                     | 488                          | 496     | 8   | 1,66          | 47   | 71     | 9,7   | 14,3 | 47,9      | 49,2 |
|                                       | CA de la Porte du Hainaut          | 289                          | 292     | 3   | 1,09          | 12   | 33     | 4,2   | 11,2 | 46,8      | 49,0 |
|                                       | CA du Boulonnais                   | 409                          | 408     | -1  | -0,32         | 19   | 37     | 4,7   | 9,1  | 46,6      | 48,5 |
|                                       | CA du Calaisais                    | 273                          | 287     | 14  | 5,27          | 14   | 37     | 5,3   | 13,1 | 48,4      | 50,0 |
|                                       | CA du Douaisis                     | 451                          | 436     | -15                                       | -3,31         | 47   | 56     | 10,5  | 12,8 | 48,4      | 49,6 |
| <b>PAYS (1)</b>                       | 7 Vallées                          | 58                           | 52      | -6  | -10,73        | 5  | 13     | 8,7   | 25,2 | 50,6      | 52,7 |
|                                       | Artois                             | 588                          | 584     | -5  | -0,81         | 61   | 92     | 10,3  | 15,8 | 48,4      | 49,2 |
|                                       | Boulonnais                         | 459                          | 453     | -6  | -1,20         | 20   | 42     | 4,4   | 9,3  | 46,6      | 48,5 |
|                                       | Calaisais                          | 326                          | 338     | 12  | 3,80          | 18   | 39     | 5,7   | 11,7 | 48,2      | 49,9 |
|                                       | Cambrésis                          | 386                          | 388     | 2   | 0,51          | 31   | 53     | 8,1   | 13,8 | 48,5      | 50,3 |
|                                       | Coeur de Flandre                   | 251                          | 267     | 15  | 6,16          | 11   | 19     | 4,2   | 7,0  | 46,4      | 47,6 |
|                                       | La Lys Romane                      | 107                          | 110     | 4   | 3,35          | 12   | 20     | 11,3  | 18,3 | 50,9      | 50,7 |
|                                       | Maritime et Rural du Montreuillois | 265                          | 277     | 12  | 4,48          | 17   | 38     | 6,4   | 13,9 | 48,0      | 49,5 |
|                                       | Moulines de Flandre                | 70                           | 70      | 0   | -0,39         | 8  | 12     | 11,5  | 17,1 | 49,3      | 51,9 |
|                                       | Pévêlois                           | 112                          | 118     | 6   | 4,95          | 5  | 16     | 4,4   | 13,6 | 46,1      | 48,2 |
|                                       | Saint-Omer                         | 280                          | 270     | -11                                       | -3,83         | 12   | 26     | 4,4   | 9,7  | 47,0      | 49,5 |
|                                       | Sambre-Avesnois                    | 580                          | 550     | -30                                       | -5,15         | 50   | 73     | 8,6   | 13,3 | 48,5      | 49,9 |
|                                       | Ternois                            | 60                           | 65      | 5   | 9,08          | 5  | 13     | 8,4   | 20,0 | 50,4      | 51,6 |

Sources : DRESS - DRASS - FITNESS. Répertoire ADELI des professions médicales et paramédicales en exercice au 01/01/2005 et 2008. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

## **■ Cancer, Inégalités Régionales, Cantonales et Environnement (CIRCE). Poursuite du projet**

### *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 risques environnementaux. Dans ce but, avec le soutien du Conseil régional Nord - Pas-de-Calais, l'ORS Nord - Pas-de-Calais s'est associé aux ORS de trois autres régions (Ile-de-France, Picardie et Rhône-Alpes) et à l'INERIS (Institut National de l'Environnement industriel et des RISques) pour élaborer un projet visant à décrire les variations géographiques de mortalité et d'incidence des cancers et à analyser leurs relations avec l'exposition de la population aux facteurs de risques environnementaux.

### *Objectifs*

La phase I du projet pluriannuel CIRCE a conduit à la publication, dans chacune des quatre régions (Ile de France, Picardie, Rhône-Alpes, Nord - Pas-de-Calais), d'un atlas de la mortalité par cancer<sup>13</sup>.

En 2008 a débuté la phase II du projet, poursuivi avec la collaboration des trois ORS et de l'INERIS. En 2009, l'ORS Bretagne a rejoint le projet CIRCE.

Afin de poursuivre l'analyse de la mortalité par cancer sur une période plus récente, de nouvelles estimations de population par commune et par canton ont été réalisées sur les années 2000-2007 par l'ORS Ile de France. Pour le calcul des SMR, il est prévu de rester dans un premier temps avec une référence régionale pour l'actualisation des atlas et d'envisager dans un second temps un autre travail réunissant les cinq régions, utilisant cette fois une référence nationale. C'est sur la base de la seconde option (référence nationale) que l'ORS Nord - Pas-de-Calais envisagerait de publier un Atlas portant sur la mortalité par cancers pour la période 2000-2007.

En parallèle, il a également été programmé de travailler sur des indicateurs socio-économiques. Il a été convenu de commencer par un indice composite de défaveur, tel que l'indice de Townsend qui permettra également de travailler indicateur par indicateur. Les ORS Ile de France et Nord Pas-de-Calais ont exploré cette question et ont fait des propositions au groupe.

### **Intervention de l'INERIS**

L'INERIS a fait la présentation de cartographies d'exposition aux métaux (Plomb, Cadmium et Arsenic) dans le Nord - Pas-de-Calais, en s'appuyant sur un modèle multimédia et de Krigeage, à partir de bases de données de mesures localisées (sols, végétaux, eau, air).

Même s'il s'agit pour l'instant de cartes d'exposition et non de cartes de risques, ce travail représente une réelle avancée, qui donne des perspectives pour envisager un rapprochement écologique entre indicateurs épidémiologiques et données environnementales.

Par la suite, l'INERIS a transmis aux ORS, des informations complémentaires sur la méthode d'analyse de corrélation entre les deux variables (exposition et mortalité), ainsi que sur la lecture des cartes et le détail des données mobilisées. La reproduction du travail sur les autres régions concernées par le projet a permis de faciliter la justification de la poursuite du projet. Dans le cadre de CIRCE, Julien Caudeville a publié en 2009, un article portant sur la construction d'un indicateur d'exposition spatialisé de l'environnement dans le Nord - Pas-de-Calais.

---

<sup>13</sup> Atlas de la mortalité par cancer dans la région Nord - Pas-de-Calais (1991-1999), 2007.

### ***Méthode***

Des échanges avec l'INERIS et les quatre 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).

### ***Territoires concernés***

Les cantons des régions Nord – Pas-de-Calais, Picardie, Rhône-Alpes, Île-de-France et Bretagne.

### ***Partenaires associés***

ORS Ile-de-France.  
ORS Picardie.  
ORS Rhône-Alpes.  
ORS Bretagne  
Institut National de l'Environnement industriel et des RISques.  
Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais.

## ■ Production de données pour le Glasgow Centre for Population Health (GCPH)

### *Contexte*

Dans le cadre de son étude « The Aftershock of Deindustrialisation » le Glasgow Centre for Population Health (GCPH) a sollicité l'ORS – Nord-Pas-de-Calais pour qu'il lui fournisse les indicateurs sociodémographiques sur la région Nord – Pas-de-Calais, nécessaires à la poursuite de sa recherche portant sur l'analyse comparative de l'évolution de l'état de santé de différentes régions postindustrielle européennes.

### *Objectifs*

La convention entre le GCPH et l'ORS Nord – Pas-de-Calais visait une collaboration réciproque :

**Côté GCPH :** Fournir à l'ORS Nord – Pas-de-Calais les données d'évolution de mortalité des différentes régions postindustrielles permettant de produire un 50/51 sur cette thématique

**Côté ORS Nord – Pas-de-Calais :** Fournir au GCPH des indicateurs, à l'échelle régionale et infrarégionale, émanant de diverses sources statistiques, portant sur l'état de santé de la population (mortalité, surpoids, obésité, comportement alimentaire etc.), les situations sociodémographique et économique de la population etc.

Pour les besoins de l'étude, nous nous sommes efforcés d'obtenir des données ayant un recul chronologique suffisant (1982, 1990, 1999, 2006) et portant sur plusieurs niveaux géographiques (région, département, arrondissement, cantons).

L'ORS devait également apporter ses compétences d'expertise de la connaissance de la situation socioéconomique et sanitaire de la population du Nord – Pas-de-Calais

### **Liste des indicateurs**

- Données de mortalité : nombre de décès annuels par sexe et groupe d'âges (CepiDC)
- Données de natalité agrégées par l'ORS Nord – Pas-de-Calais (Etat civil)
- Données sur la Petite enfance et la santé maternelle :
  - ✓ STATISS 2009,
  - ✓ Données issues du certificat de santé du 8<sup>ème</sup> jour transmis aux services de PMI
- Données des recensements 1982, 1990, 1999, 2006 :
  - ✓ Population recensées par sexe et groupes d'âges
  - ✓ Education (dernier diplôme obtenu)
  - ✓ Taux d'activité, chômage, professions et catégories socioprofessionnelles
  - ✓ Ménages – familles
  - ✓ Migrations intercensitaires
  - ✓ Calcul de l'indice de « déprivation » de Townsend
- Données sur le surpoids, l'obésité, les comportements alimentaires, l'activité physique, la prévalence du tabac et de l'alcool, sur la mobilité et l'état physique et psychique :
  - ✓ Résultats de l'enquête santé 2002 - 2003 de l'INSEE
  - ✓ Premiers résultats de l'étude – nutrinet – santé
  - ✓ Résultats 2009 de l'Enquête ObEpi (surpoids, obésité)
- Données sur la criminalité et la délinquance :
  - ✓ Ministère de l'intérieur
- Données fiscales par commune, taux d'imposition :
  - ✓ IRCOM
- Données issues du registre français des émissions polluantes :
  - ✓ Etude ORS Nord – Pas-de-Calais
- Données sur le climat :
  - ✓ Fiche ORS Nord - Pas-de-Calais « Climat, météo et santé dans le Nord – Pas-de-Calais »

## Résultat

La grande majorité des éléments statistiques demandés par le GCPH a pu être collectée et déclinée au niveau infrarégional. C'est le cas des données extraites des recensements de 1982, 1990, 1999 et de 2006 ainsi que du nombre de naissances et de décès annuels. L'enquête « santé 2002-2003 » exploitée au niveau régional par l'Ors Nord-Pas-de-Calais apporte également plusieurs éléments d'analyse sur l'état de santé de la population du Nord – Pas-de-Calais (surpoids, obésité, régimes alimentaires, santé psychique, SF36 etc.)

De son côté, l'ORS a été en mesure de produire, à partir des données que lui a transmis le GCPH, un 50/51 portant sur les régions postindustrielles (n° 24)

**Tableau 8 : Récapitulatif des données envoyées par l'ORS Nord – Pas-de-Calais au GCPH**

| Thématique  | Indicateur                            | ventilation   | Période                                | Territoire  | Envoyé le  | Fichier  |
|---|---------------------------------------|---|--|---|------------|--|
| Mortalité   | Effectifs de décès toutes causes      | Sexe par âge (0 ans, 1-4 ans, 5-9 ans ....85 ou plus) | Par année de 1979 à 2006               | Région, département<br>arrondissement,<br>canton                        | 17/06/2009 | NPDC_Mortality_1979_2006 .xls                  |
| Population (1er envoi)  | Effectifs                             | Sexe par âge (0 ans, 1-4 ans, 5-9 ans ....85 ou plus) | Recensements 1982, 1990, 1999          | Région, département<br>arrondissement,<br>canton                        | 26/06/2009 | Census_82_90_99 premier envoi.xls              |
| Population (2ème envoi)   | Effectifs                             | Sexe par âge (0 ans, 1-4 ans, 5-9 ans ....85 ou plus) | Recensement 2006                       | Région, département<br>arrondissement,<br>canton                        | 23/07/2009 | Pyramide_NPDC_2006.xls                         |
| Densité   | Nombre d'habitants au Km <sup>2</sup> | -   | Recensements 1982, 1990, 1999, 2006    | Région, département<br>arrondissement,<br>canton                        | 24/07/2009 | densité_82_90_99_06.xls                        |
| Revenus déclarés  | Effectifs et Montant des déclarations | -   | Revenus 2006                           | France métropolitaine, région, département<br>arrondissement,<br>canton | 12/10/2009 | Nord - Pas-de-calais Income and taxes 2006.xls |
| Naissances  | Effectifs                             | Sexe  | Par année de 1982 à 2007               | Région, département<br>arrondissement,<br>canton                        | 13/10/2009 | Birth_Nord-Pas-de-Calais_1982_2007.xls         |
| Niveau d'éducation  | Effectifs et taux                     | sexe  | Recensements 1982, 1990, 1999, et 2006 | Région, département<br>arrondissement,<br>canton                        | 15/12/2009 | Education (version 15-12-09).xls               |
| Composition des ménages et des familles, indice de Townsend                       | Effectifs et taux                     | Groupes d'âges et sexe                                | Recensements 1990, 1999, et 2006       | Région, département<br>arrondissement,<br>canton                        | 05/01/2010 | Menages_familles (version 5-01-2010).xls       |
| Migrations intercommunales  | Effectifs et taux                     | Groupes d'âges et sexe                                | 1982/1990<br>1999/2006<br>1990/1999    | Région, département<br>arrondissement,<br>canton                        | 19/01/2010 | migration (version 19-01-2010).xls             |
| Population par catégories socioprofessionnelles (PCS), Population active, chômage | Effectifs et taux                     | Groupes d'âges et sexe                                | Recensements 1982, 1990, 1999, et 2006 | Région, département<br>arrondissement,<br>canton                        | 19/01/2010 | PCS_ACT_CHOM (version 06-01-2010).xls          |
| Santé de la mère et du nouveau-né   | Effectifs et taux                     | -   | 2005-2006                              | Région, département<br>arrondissement,<br>canton                        | 19/01/2010 | PMI2005_2006 (version 18-01-2010).xls          |

### Territoires concernés

L'ensemble des indicateurs du Nord – Pas-de-Calais a été calculé à l'échelle de la Région, des arrondissements et des cantons. Dans la mesure du possible, l'ORS s'est toujours efforcé de donner également les chiffres nationaux (France métropolitaine).

### Partenaires associés

Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais.  
ORS Nord – Pas-de-Calais  
GCPH (Glasgow Centre for Population Health)

## ■ **Diagnostic préalable à la mise en place de maisons de santé pluridisciplinaires**

### *Contexte*

Les territoires de santé sur lesquels s'est déclinée la territorialisation des politiques sanitaires françaises ont été, jusqu'au terme des années 2000, essentiellement les régions. De plus en plus de territoires locaux sont touchés et s'impliquent dans des projets de santé, tant à la suite de la conception du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de troisième génération que des actions visant à résoudre les problèmes liés à l'évolution de la démographie des professions de santé. Une cinquantaine de communes en France participe au financement des actions de santé initiées par le GRSP (Groupement Régional de Santé Publique) et des EPCI (Etablissements Publics de Coopération Intercommunale) sans compétences légales en santé. Des acteurs et des décideurs locaux investissent le sujet, pleinement conscients de son interaction avec l'aménagement du territoire, et parfois même de son lien avec le développement socio-économique.

L'observation d'un territoire de santé restreint nécessite de prendre quelques précautions. En effet, si la mise à disposition d'indicateurs de santé régionaux est aujourd'hui chose courante, leur analyse et leur observation à un niveau plus fin posent quelques problèmes si, par exemple, on ne veille pas à se donner les moyens méthodologiques d'atteindre une stabilité statistique acceptable. Sur de petits effectifs ou à propos d'événements rares, la variabilité des indicateurs dans le temps est parfois un piège, surtout dans le contexte de l'aide à la décision.

Les politiques publiques en matière de santé s'appuient sur les données chiffrées (démographie des professions de santé, nombre d'établissements, etc.). Pour que ces données restent pertinentes, elles doivent, de plus, être actualisées, comparées et analysées dans un contexte global de santé publique et, bien sûr, adaptées au territoire ciblé.

Le suivi, depuis plusieurs décennies, de l'évolution de la mortalité prématurée ne va pas sans poser des questions. Le soin seul implique-t-il la santé, la bonne santé des populations ? Des régions telles que l'Île de France ou des départements comme le Pas-de-Calais ne montrent pas une évolution positive de leurs indicateurs à hauteur de leurs espérances. Il paraît donc important, non seulement de compléter les recueils de données quantitatives d'un appareil critique et intelligible des non-initiés, mais aussi de recourir à des données qualitatives afin d'identifier les facteurs positifs de changement, vecteurs facilitateurs d'accès à la santé.

Ce travail a été demandé à l'ORS par le Conseil Régional afin d'établir un bilan préalable des données accessibles dans l'intention de mettre en lumière les enjeux territoriaux.

En 2006, le Conseil Régional a commandité un travail à l'ORS ayant pour thème : « *l'attractivité des maisons de santé pour les professions de santé* ». La bibliographie et les entretiens nécessaires à ce travail ont fait apparaître les freins et les conditions d'attractivité à l'activité des professionnels de santé au sein des maisons de santé pluridisciplinaires.

En 2007 et 2008, le travail commandé fut un travail de diagnostic ou de participation à des rencontres exploratoires sur une quinzaine de territoires. L'ORS est intervenu soit en appui méthodologie et accompagnement, soit pour la réalisation de diagnostic de territoire.

En 2009, L'ORS a réalisé quatre diagnostics préalables à la mise en place d'une maison de santé pluridisciplinaire en y incluant des données actualisées du Recensement de la Population Insee 2006.

### *Objectifs*

L'intervention de l'ORS est une aide à la décision en direction des porteurs de projets, apporte une meilleure lisibilité du territoire en matière de santé et accompagne les porteurs de projets pour une compréhension des enjeux de santé à l'échelle de leur projet.

### ***Méthode utilisée***

La méthode choisie s'appuie sur le recueil et une mise en perspective des données chiffrées actualisées à l'échelle du territoire concerné : situation démographique et socio-économique de la population, éléments de situation économique du territoire, indicateurs de mortalité, recours aux soins, cartographie de l'offre de soins :

Territoire et Santé

Etat de Santé

Emplois de la Santé

Offre de soins de proximité

Conclusion et enjeux

Dans chaque rapport, il est annexé des fiches méthodologiques exposant la définition, la pertinence et les limites des indicateurs choisis.

### ***Territoire concerné***

Commune d'Armentières et ses environs

Communauté Urbaine d'Arras

Seclin-Carvin et environs

Communauté de Communes Cœur d'Ostrevent et environs

### ***Principaux résultats***

#### **Armentières et ses environs**

- ✓ Une population plus jeune que celle de la Région.
- ✓ Constat d'une population qui a tendance à vieillir mais qui garde un socle de renouvellement positif.
- ✓ Un territoire qui n'a pas attiré de nouvelle population entre les deux recensements de 1999 et 2006.
- ✓ Constat d'une densité de professionnels de santé meilleure que dans le reste de la région.
- ✓ Les professionnels de santé y sont plus jeunes qu'au niveau régional.
- ✓ Une population mieux formée que dans le reste du Nord – Pas-de-Calais, surtout par des études supérieures courtes et professionnalisantes.
- ✓ La zone d'étude (28 communes) présente un meilleur taux de chômage qu'au niveau régional et même qu'au niveau national ; cependant, la ville d'Armentières affiche un taux supérieur à 10 % bien qu'ayant diminué ce chiffre de 3 % en 7 ans.
- ✓ Constat d'un état de santé dégradé au regard des indicateurs pour les deux sexes (Lille Métropole Communauté Urbaine) :
  - Mortalité prématurée toutes causes : **159<sup>ème</sup> rang** des 183 intercommunalités françaises ;

- Mortalité prématurée évitable par des actions sur l'offre de soins : **163<sup>ème</sup> rang** des 183 intercommunalités françaises ;
- Mortalité prématurée évitable par des actions sur les comportements individuels : **152<sup>ème</sup> rang** des 183 intercommunalités françaises.

### **Seclin-Carvin et ses environs**

- ✓ Territoire de projet complexe mais existence de possibilité de synergie.
- ✓ Population « vieillissante » mais qui garde une structure par âge positive.
- ✓ Présence d'un fort taux de chômage.
- ✓ Entre les deux recensements de 1999 et 2006, la structure par catégorie socioprofessionnelle « gagne » des « cadres » et des « professions intermédiaires » et « perd » des « ouvriers » qui restent majoritaires (30 % de la population active).
- ✓ Constat d'un état de santé dégradé, **159<sup>ème</sup> et 180<sup>ème</sup> rang** sur les 183 intercommunalités pour la mortalité prématurée.
- ✓ Territoire enserré au cœur de plusieurs pôles de professionnels de santé (Lens-Lille-Béthune).
- ✓ Répartition inégale : médecins généralistes et spécialistes, gros déficit de gynécologues sur le versant Carvin.
- ✓ Densité des activités de santé pour 100 000 habitants :
  - 3 646 Communauté Urbaine de Lille Métropole (7/16 CU de la Région) ;
  - 2 138 Communauté d'Agglomération d'Hénin-Carvin (41/167 Agglomérations de la Région) ;
  - 2 450 Nord – Pas-de-Calais (8/22 Région françaises) ;
  - 2 527 France Métropolitaine.

### **Communauté d'Agglomération d'Arras**

- ✓ Constat d'une population principalement ouvrière ou employée, avec un taux de chômage important.
- ✓ Constat d'un état de santé dégradé au regard des indicateurs pour les deux sexes :
  - Mortalité prématurée toutes causes : **157<sup>ème</sup> rang** des 183 intercommunalités françaises ;
  - Mortalité prématurée évitable avec des actions sur l'offre de soins : **149<sup>ème</sup> rang** des 183 intercommunalités françaises ;
  - Mortalité prématurée évitable avec des actions sur les comportements individuels : **158<sup>ème</sup> rang** des 183 intercommunalités françaises.
- ✓ Une évolution plutôt positive de la démographie de la population, donc une Communauté Urbaine attractive, mais présentant un ralentissement de l'excédent du renouvellement naturel.
- ✓ Densité de professionnels de santé faible, voire très mauvaise sur les versants ouest-sud-est, le nord profitant de l'attraction de Lens. Arras apparaît donc, en matière de santé, comme la « plaque tournante » de l'Artois.

À la lumière de ces éléments de diagnostic, la création d'une maison de santé pluridisciplinaire se donnant l'objectif de « rayonner » au sud-ouest du territoire semble tout à fait opportune. Sans oublier de nouer des partenariats avec des projets d'Achiet-le-Grand dans le Sud Arrageois.

### **Communauté de communes du Cœur d'Ostrevent et ses environs**

- ✓ Forte densité de population, supérieure à celle de la région Nord – Pas-de-Calais déjà au-delà de la France Métropolitaine et assez stable entre les deux recensements de 1999 et 2006.  
  
Toutefois, on constate une augmentation de 3,4 points des 46-59 ans et de 1,8 point des 75 ans et plus.
- ✓ Une population « jeune », 20% de moins de 20 ans, avec un indice de vieillissement plus fort, 55,8 que la Région 52,5 (67,1 pour la France).
- ✓ Une structure par catégorie socioprofessionnelle constituée de 36,2 % d'ouvriers.
- ✓ Indicateurs de mortalité toutes causes pour les deux sexes au dessus de ceux de la Région, 138,7 contre 128. Ecart encore plus important en ce qui concerne la mortalité prématurée : 149,8 pour 135 au niveau régional.
- ✓ Bonne accessibilité aux établissements de santé à moins de 15 mn en voiture par la route (26 établissements).
- ✓ Constat d'une surreprésentation des médecins généralistes par rapport aux médecins spécialistes.

## ■ Recensement et analyse des diagnostics locaux de santé, dans le cadre de la FNORS

Il s'agit de recenser et d'analyser les travaux de type diagnostics locaux de santé réalisés par les ORS depuis l'année 2000. Ces analyses aboutiront à la rédaction :

- d'un inventaire critique des diagnostics locaux de santé produit par les ORS ;
- d'un guide à destination des commanditaires d'un diagnostic local élaboré sur la base de cet inventaire. Il présentera des éléments leur permettant d'élaborer un cahier des charges pour la réalisation d'un diagnostic local de santé. Il s'agira en particulier d'indiquer ce qui doit être précisé dans le cahier des charges (objectifs et périmètre du diagnostic, articulation avec les phases de définition de priorités et de mise en œuvre de projets etc.) Ce guide précisera les contraintes et limites de réalisation, de même que les implications pour le commanditaire de la mise en œuvre d'un diagnostic local de santé.

Ce travail sera prolongé en **2010**, par l'élaboration d'un guide de « bonnes pratiques » pour la réalisation d'un diagnostic destiné aux prestataires. Ce guide comportera une analyse des différentes méthodes d'investigation et de représentation des résultats, avec une lecture critique de leurs avantages, inconvénients et limites. Le guide présentera également les différentes méthodes de définition des priorités et pistes d'action, ainsi que les outils permettant d'impliquer dans ces phases les acteurs concernés, dont la population.

Ce travail ciblera en premier lieu les démarches de diagnostics locaux de santé proprement dites (c'est à dire toute démarche quantitative et/ou qualitative de description et d'analyse de la situation sanitaire d'un ou de plusieurs territoires infra départementaux), que ces démarches soient globales/multithématiques ou ciblées sur certaines thématiques ou sous populations. Cependant, pour enrichir la réflexion méthodologique autour de l'observation locale en santé, le recensement est élargi à tous les travaux menés à l'échelle régionale ou départementale mais qui font apparaître des déclinaisons locales. Le groupe de travail de la Fnors mis en place pour conduire cette étude (cf. composition ci-après) a réalisé un premier état des lieux à partir des travaux accessibles sur les sites Internet de chaque ORS (Corse excepté). Plus de 150 travaux ont ainsi déjà été repérés et analysés et ont permis la construction d'une première base de données. **La période de recensement débute en 2000.**

## **■ Etat des lieux de l'observation sanitaire, sociale et médico-sociale en région – recensement des structures et dispositifs d'observation en région, dans le cadre de la FNORS**

La DGS, la Drees, et la DGAS ont missionné la Fnors pour la réalisation d'un état des lieux de l'observation sanitaire, sociale et médico-sociale en région. Ce travail est réalisé dans le cadre de l'avenant 2009 à la convention pluriannuelle d'objectif entre le ministère chargé de la santé et la Fnors.

L'objectif est de décrire et d'analyser les dispositifs d'observation et leur fonctionnement dans le cadre de l'élaboration des politiques régionales sanitaires, sociales et médico-sociales.

Le travail portera dans chaque région (hexagone et Outre-mer) sur l'identification des institutions concernées, leurs productions et l'utilisation de celles-ci par les décideurs locaux. L'articulation entre les acteurs des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux sera tout particulièrement explorée. Les décideurs locaux seront également interrogés afin de déterminer quels sont les besoins qu'ils considèrent comme n'étant pas satisfaits par le dispositif d'observation en place, et comment ils les verraient combler.

Lors d'une seconde phase, diverses institutions seront rencontrées dans un groupe de 8 à 10 régions. Ces régions seront sélectionnées afin de couvrir l'éventail des situations identifiées au cours de l'enquête générale.

Un groupe de travail de la Fnors a été mis en place pour réaliser cet état des lieux.

Une première phase de recensement des structures et dispositifs d'observation en région auprès de l'ensemble des ORS, a été lancée courant 2009. La même démarche a été également menée auprès des Drass, avec le support d'un courrier qui leur a été adressé par la DGS et la Drees.

Le fichier transmis, présentait une liste d'observatoires, de structures ou de dispositifs d'observation. Il nous a été demandé de vérifier leur existence dans notre région, et, si elles existaient, de fournir les coordonnées de ces structures.

## ■ INTERREG IV : Génération en santé

### *Contexte*

#### **Production de Tableaux de bords transfrontaliers de la santé**

Cette action se situe dans le prolongement de l'action 1 réalisée dans le cadre d'Interreg III : Tableau de bord transfrontalier de la santé. Il a reçu un accueil très favorable tant du secteur de la promotion de la santé que du secteur des soins et services, et des assurances maladies de part et d'autre de la frontière.

L'action Tableau de bord consiste à corriger, valider, analyser et présenter de manière utile les données de santé produites par différents intervenants de santé et d'organismes divers (Institut des statistiques, assurances santé, associations contre la tuberculose, certificats de décès, résumés cliniques minimum, centre antipoison, agence pour la sécurité routière etc.). Ces données sont analysées conjointement afin d'en améliorer l'utilité pour le choix, la planification et l'évaluation des interventions du champ de la santé (soins de santé, prévention et promotion de la santé), dans une perspective transfrontalière.

#### **Par rapport à Interreg III, les nouveautés sont les suivantes :**

- **Extension géographique**

Six nouveaux territoires s'ajoutent à l'Aisne, au Hainaut et aux Ardennes en tant qu'opérateurs de ce projet ; ce sont les provinces de Namur et du Luxembourg ainsi que les départements du Nord, du Pas-de-Calais, de la Marne, de la Somme et de l'Oise.

Cette extension géographique permettra de couvrir l'ensemble des zones frontalières de la région franco-wallonne. L'augmentation du nombre d'opérateurs et le fait que chacun des territoires décrits et analysés est représenté par un opérateur local, permettra de mieux remplir la tâche de diffusion active des données et de mieux assurer les relais avec les acteurs locaux de promotion de la santé ou les autres acteurs transfrontaliers (l'OFBS est partenaire associé de ce projet).

- **Mise à Jour**

Une série d'indicateurs, soigneusement sélectionnés pour l'intérêt de leur évolution feront l'objet d'une mise à jour. Cette évolution sera présentée sur l'ensemble de la zone de l'activité, ce qui implique que les données présentes dans le premier Tableau de bord seront recherchées pour les nouvelles régions pour ces indicateurs-là.

Une attention toute particulière sera accordée aux données de mortalité puisque dans le Tableau de bord 2007, les résultats s'arrêtent en 1997. Des données plus récentes devraient en effet être disponibles côté belge début 2008, alors qu'elles le sont déjà côté français.

- **Extension thématique**

L'intérêt de réaliser des tableaux de bord transfrontaliers dépasse, bien entendu, la simple photographie de la santé d'une région à un moment donné. Il suppose aussi la mise en commun de méthodes et de techniques d'analyse de l'information sanitaire qui peuvent être mis à profit pour traiter d'autres thèmes de santé. Le Tableau de bord 2008-2009 s'appuiera donc sur les méthodes et techniques développées dans le cadre d'Interreg III (gestion des données, cartographie, présentation des résultats etc.) pour aborder d'autres thèmes qui sont une priorité de santé publique ou une priorité de santé transfrontalière.

Ainsi seront abordés les thèmes suivants :

### Personnes âgées

Vieillesse de la population, dualisation de la santé des personnes âgées (de plus en plus de personnes aisées vieillissent en bonne santé alors que les personnes précarisées ou simplement à la limite du seuil de pauvreté deviennent malades précocement de manière chronique, institutionnalisation de personnes françaises dans des maisons de repos belges etc.

Autant de préoccupations qui font de la santé des personnes âgées, un thème central du tableau de bord de la santé transfrontalière.

Ce chapitre du Tableau de bord s'appuiera comme les autres sur les données existantes. Le thème du vieillissement et de la santé des personnes âgées a fait l'objet de diverses enquêtes et études qui seront analysées, comparées et valorisées dans cette étude.

L'objectif est double : d'une part, dégager des priorités dans le cadre de la promotion de la santé chez les seniors actifs (50-74 ans cf. action 3 : Personnes âgées) en termes de comportements à promouvoir, de groupes à risque particulier à identifier, de mesures structurelles à prendre, et d'autre part, faire une analyse des besoins de santé des personnes plus âgées (75 ans et plus). Ce dernier volet aura comme partenaire associé l'OFBS qui traite des questions relatives à l'accueil des personnes âgées en institution dans un de ses groupes de travail) et les organismes de formation déjà cités (dans le cadre de l'identification de nouveaux métiers de la santé, s'adressant tout particulièrement à la santé des personnes âgées).

Les résultats de ce chapitre seront discutés et approfondis grâce aux enquêtes qualitatives prévues dans l'activité 2 de cette action.

### Maladies cardiovasculaires

Celles-ci restent non seulement la première cause de mortalité dans la région transfrontalière (d'où l'objet de cette demande), mais sont également une cause importante de morbidité et de consommation de soins. Bien que leur visage soit quelque peu différent des deux côtés de la frontière, il l'est aussi d'une province à l'autre ou d'un département à l'autre, entre autres parce que les facteurs de risque communs qui les sous-tendent se combinent différemment.

Mieux comprendre la situation, identifier les sous-groupes à risque et la consommation de soins associée sont autant d'éléments essentiels pour une meilleure approche, tant sur le plan de la prévention et de la promotion de la santé, que sur le plan de la prise en charge de la maladie.

### Cancers

La mortalité par cancer est très élevée dans toute la région transfrontalière, et un peu plus côté français puisque environ une personne sur trois décède d'un cancer, ce qui signifie, dans l'état actuel des choses et puisque certains cancers se guérissent bien, qu'environ une personne sur deux aura un jour un cancer dans sa vie.

Ces cancers sont modulés par la même palette de facteurs de risque que l'ensemble des maladies chroniques (alimentation, activité physique, consommation de substances comme le tabac ou l'alcool) et sont donc en partie possibles à prévenir. Par ailleurs, diverses études mettent en relation l'influence possible de facteurs environnementaux dans la genèse des cancers.

Les données sur les cancers étaient jusqu'ici fort peu accessibles, voire inexistantes ou incomplètes côté belge. Une nouvelle fondation a commencé un registre du cancer pour la Belgique en 2006. Les données de 2006 seront disponibles début 2008 et permettront entre autres de cartographier les cancers par type.

### Conditions de vie (santé - environnement et santé - travail)

Ces deux volets ont été regroupés sous le thème plus général des conditions de vie.

- Santé - environnement

Il existe des plans nationaux de suivi des problèmes de santé liés à l'environnement. La plupart des données existantes dans ce domaine concernent la pollution des grandes villes.

Ce Tableau de bord transfrontalier de la santé souhaite appliquer les recommandations en termes d'indicateurs santé environnement aux zones transfrontalières et chercher à caractériser l'environnement des zones non urbaines. Il s'attachera aussi à informer sur les mesures positives prises en faveur du développement durable.

- Santé-travail

La situation de sous-emploi que connaît la région transfrontalière génère un stress important, non seulement chez les demandeurs d'emploi mais aussi chez les personnes qui ont un emploi.

Ce Tableau de bord de la santé vise à présenter quelques indicateurs de santé et explorer la possibilité de récolte pérenne de certains d'entre eux via les structures de santé au travail afin de mettre en place un monitoring pérenne de la santé au travail.

Pour ce chapitre, le Forem belge (sections formation et statistiques) et la mission locale Sambre-Avesnois ont souhaité être partenaires associés.

#### Autres thèmes

D'autres thèmes pourraient être abordés en remplacement de l'un ou l'autre des thèmes décrits ci-dessus, si en cours de projet ils étaient identifiés comme une priorité importante de santé publique.

### **Objectifs**

L'action donnée regroupe différentes activités qui poursuivent les mêmes objectifs généraux :

- contribuer à la pérennisation et à l'amélioration du recueil d'information sanitaire ;
- contribuer à la prise de décision en santé publique ;
- contribuer à l'augmentation du niveau de connaissance de la population de base ;
- soutenir les actions de promotion de la santé ;
- développer les compétences des acteurs de terrains à lire les données de santé : pédagogie des chiffres auprès des journalistes et des acteurs de terrains.

Plus-value attendue :

- Augmenter le sentiment d'appartenance : les régions concernées ont des caractéristiques communes plus importantes que celles qui les différencient.
- Mutualiser les ressources et éviter les doubles emplois.
- Diffusion concertée et intense d'une même information : on connaît, en promotion de la santé, l'importance de la répétition des messages et de leur harmonie (éviter la cacophonie).
- Construire et mettre à la disposition des acteurs de santé, des outils de négociation communs.

### **Méthode utilisée**

Pour chaque thématique abordée

- Identification et comparaison des sources de données disponibles.
- Choix des indicateurs.
- Extraction et compilation des données nécessaires.
- Identification des besoins non couverts en information sanitaire.
- Réalisation des tableaux de synthèse (Excel) à tous les niveaux géographiques utilisés.
- Réalisation des cartes, graphiques, tables et validation.
- Relecture externe.
- Analyse et commentaires.
- Rédaction et mise en page.
- Publications imprimées.
- Une conférence de presse.
- Diffusion sur Internet et diffusion large publipostée.
- Présentation des résultats de manière transfrontalière, proactive et interactive aux utilisateurs potentiels.

### Produits attendus

- Bases de données agrégées pour chaque thématique.
- Quatre nouvelles fiches publiées assemblées dans un deuxième Tableau de bord transfrontalier de la santé (TBTS2).
- Quatre nouvelles fiches disponibles sur Internet ainsi que les premières fiches réalisées dans le cadre d'Interreg III mises à jour pour les indicateurs identifiés comme étant importants et évolutifs.
- Une conférence de presse spécifique au second tableau de bord transfrontalier de la santé (3<sup>ème</sup> année).
- Un document méthodologique pour pérenniser les mises à jour ultérieures.
- Présentation des résultats aux professionnels de santé lors d'un événement scientifique (3<sup>ème</sup> année).
- Rédaction d'articles dans différents types de revues.
- Diffusion active des résultats et feedback des bénéficiaires.

### ***Territoire concerné***



### ***Opérateurs partenaires et opérateurs associés***

#### Opérateurs partenaires

- OSH
- OR2S
- ORSCA
- Province de Luxembourg
- Province de Namur

#### Opérateurs associés

- Forem
- OFBS
- ORSNPDC

### ***Principaux résultats***

La mise à jour du Tableau de bord sera finalisée le 30 juin 2010, pour une parution courant juillet 2010. L'Ors Nord - Pas-de-Calais a la responsabilité (avec l'Observatoire de la Province du Luxembourg) de la mise à jour de la fiche :

- prestataires de soins : Médecins Généralistes, Gynécologues-Obstétriciens, Dentiste et Masseurs-Kinésithérapeutes.

Pour les nouvelles fiches, l'Ors travaille avec l'Ors Champagne-Ardenne et la Province de Namur à une fiche : inégalités de santé, toujours dans le souci d'harmonisation de l'observation transfrontalière. Sortie prévue : mars 2011.

## Autres activités

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 son 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.

### Sollicitations et interventions

- ✓ Le comité du bassin d'emploi Roubaix-Tourcoing-Wattrelos (demande de données et d'information afin de préparer un atelier de prospective sur les emplois de la santé)
- ✓ Le Clic Val de Lys (données INSEE plus de 60 ans ; information sur la Loi HPST)
- ✓ Le CREA Nord-Pas-de-Calais ; (données sur les territoires du NPDC (bassins de vie et territoires de proximité)
- ✓ Données démographie médicale
- ✓ La Ville de Maubeuge (étude de faisabilité sur un apport de données relatives aux retraites des médecins)
- ✓ Le Cèdre Bleu (données et cartographie)
- ✓ L'APPA (faisabilité technique pour une étude ; données)
- ✓ La Journée régionale Hôpital patients santé et territoire
- ✓ Collaboration et partenariat avec les services de l'INSEE Nord – Pas-de-Calais (étude sur les emplois publics et autres collaborations ;
- ✓ L'IGAS, dans le cadre de deux études régionales portant sur l'Observation de la santé en région et l'autre sur les maisons de santé pluridisciplinaires
- ✓ Présentation de l'étude « évaluation méthodologique de l'enquête « imagerie médicale » de l'ARH (mars 2009)
- ✓ Participation à la Conférence Régionale de la Naissance : 5 février, 26 mars, 14 mai, 17 septembre
- ✓ Une contribution sous forme d'interview donnée en préparation au congrès national de la FEHAP
- ✓ La participation au Collège régional de Prospective (Conseil régional)
- ✓ La participation à plusieurs séances de prospective sur les effets régionaux du réchauffement climatique
- ✓ L'accompagnement d'une étude réalisée par l'Agence d'Urbanisme de Dunkerque auprès des professionnels de santé
- ✓ La participation au schéma de cohérence territoriale de l'Avesnois
- ✓ Une collaboration avec les services de la Communauté d'agglomération de Maubeuge – Val de Sambre
- ✓ Collaboration avec l'ARH Nord – Pas-de-Calais à propos des besoins de projets santé dans le sud du département du Nord
- ✓ Un partenariat avec l'IAE de Lille et la participation à un débat sur la loi HPST
- ✓ Une collaboration technique et scientifique avec l'INERIS
- ✓ Une intervention dans le cadre de la Formation médicale continue au bénéfice des professionnels de santé du val de Sambre.
- ✓ La participation accrue dans le cadre de la FNORS dont :

- la participation au recueil et l'analyse d'une étude portant sur la méthodologie de diagnostics locaux de santé
- la participation à une étude FNORS/DGC portant sur l'observation régionale de la santé, préparatoire à la mise en place des ARS ;
- la participation à la conception du programme du congrès de l'ORS Rhône-Alpes/Fnors de 2010
- ✓ La participation au groupe cancers du GRPS
- ✓ Une collaboration de conseils et d'assistance auprès de la Communauté d'agglomération du Havre
- ✓ Un conseil méthodologique léger donné aux services du Conseil régional Languedoc-Roussillon

### Demande d'indice comparatif de mortalité

Chaque année, l'ORS réalise pour le grand public et différents organismes, le Calcul d'Indices Comparatifs de mortalité (ICM), correspondant à leur territoire d'analyse et d'action (SCOT 2007, Secteurs de psychiatrie etc.). Souhaitant répondre au mieux aux besoins spécifiques de chacun, les indices comparatifs de mortalité sont calculés à partir des données de mortalité les plus récentes, pour différents territoires, et pour différentes causes de mortalité (tous âges et prématurée). Citons en exemple :

- ✓ Etudiante en médecine stagiaire à la CPAM de Valenciennes : ICM par cirrhose et psychose alcoolique (2002-2005)
- ✓ Etude - diagnostic de territoire concernant la commune de Dunkerque : cirrhose et psychose alcoolique dans la CU de Dunkerque entre 2002 et 2005

| Cirrhose alc. ou s.p. du foie, Psychose alc. et Alc. 2000 - 2005 |                             | Mortalité tous âges              |       |                  |                  |        |        |                  |        |                                  | Mortalité prématurée (avant 65 ans) |                  |                  |        |        |                  |        |  |  |
|--|-----------------------------|----------------------------------|-------|------------------|------------------|--------|--------|------------------|--------|----------------------------------|-------------------------------------|------------------|------------------|--------|--------|------------------|--------|--|--|
| Zone   | Nom de la zone géographique | Nombre de décès observés cumulés |       | ICM (France=100) |                  |        |        |                  |        | Nombre de décès observés cumulés |                                     | ICM (France=100) |                  |        |        |                  |        |  |  |
|  |                             |                                  |       | H                |                  |        | F      |                  |        |                                  |                                     | H                |                  |        | F      |                  |        |  |  |
|  |                             | H                                | F     | IC inf           | ICM              | IC sup | IC inf | ICM              | IC sup | H                                | F                                   | IC inf           | ICM              | IC sup | IC inf | ICM              | IC sup |  |  |
| <b>RÉGION</b>  | Nord - Pas-de-Calais        | 5 348                            | 2 831 | 180,8            | <b>185,7</b> *** | 190,6  | 246,7  | <b>256,1</b> *** | 265,7  | 3 885                            | 1 892                               | 196,4            | <b>202,7</b> *** | 209,2  | 269,4  | <b>281,9</b> *** | 294,9  |  |  |
| <b>DÉPARTEMENT</b>   | Nord                        | 3 213                            | 1 779 | 172,2            | <b>178,3</b> *** | 184,6  | 245,7  | <b>257,6</b> *** | 269,8  | 2 320                            | 1 176                               | 184,0            | <b>191,8</b> *** | 199,7  | 261,1  | <b>276,7</b> *** | 292,9  |  |  |
|  | Pas-de-Calais               | 2 135                            | 1 052 | 189,8            | <b>198,2</b> *** | 206,7  | 238,5  | <b>253,5</b> *** | 269,3  | 1 565                            | 716                                 | 210,7            | <b>221,6</b> *** | 232,8  | 270,0  | <b>291,0</b> *** | 313,1  |  |  |
| <b>COMMUNAUTÉ</b>  | DUNKERQUE                   | 86                               | 47    | 132,6            | <b>165,7</b> *** | 204,7  | 169,3  | <b>230,5</b> *** | 306,5  | 66                               | 26                                  | 147,8            | <b>191,1</b> *** | 243,1  | 139,0  | <b>212,8</b> *** | 311,8  |  |  |

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

\*\*\* : ICM (Indice Comparatif de Mortalité) significatif (p<0,001) par rapport à la mortalité nationale (France métropolitaine)

\*\* : ICM (Indice Comparatif de Mortalité) significatif (0,001<p<0,01) par rapport à la mortalité nationale (France métropolitaine)

\* : ICM (Indice Comparatif de Mortalité) significatif (0,01<p<0,05) par rapport à la mortalité nationale (France métropolitaine)

ns : ICM non significatif

- : Donnée non renseignée ou effectif inférieur ou égal à 10

### Demande d'estimation de population

- ✓ Estimation Insee du nombre de personnes âgées de 0-18 ans par sexe, dans le Nord - Pas-de-Calais en 2005 et 2006

### Demande d'estimation de médecins répertoriés dans le répertoire ADELI

- ✓ Estimation du nombre de médecins par mode d'activité (salarié libéral ou mixte) et par sexe.

## **Evaluation des Appels à Projets des Actions de Santé (APAS) 2009 du Nord – Pas-de-Calais**

### ***Contexte***

*L'ORS a été sollicité par l'IREPS dans le cadre du GRPS, pour la réalisation de ce travail.*

Le but de la présente étude est d'apporter des éléments de réponse aux objectifs du projet « Regard qualitatif et quantitatif sur la programmation et sur les actions des APAS 2009 »

Le Conseil Régional souhaite identifier en quoi sa programmation répond aux besoins de santé des populations. Dans la perspective d'une nouvelle campagne en 2010, il est aussi intéressant de voir ce qui peut être amélioré dans ce dispositif. Pour cela, des porteurs de projet et des experts en promotion de la santé vont être sollicités pour analyser les points forts et les points faibles du dispositif actuel et faire des propositions de progression pour le prochain appel à propositions d'actions de santé.

### **Les objectifs du projet sont :**

- ✓ Analyser le dispositif APAS 2009 du Conseil Régional du Nord – Pas de Calais sous l'optique de la promotion de la santé et de la qualité de vie en santé
- ✓ Catégoriser les objectifs de la programmation dans une logique de promotion de la santé et de la qualité de vie
- ✓ Identifier les objectifs des actions présentées dans le cadre des APAS acceptées et non acceptées avec la même approche
- ✓ Analyser les éventuelles différences
- ✓ Analyser l'apport de cette programmation auprès des porteurs de projet
- ✓ Analyser l'apport de cette programmation auprès d'experts en promotion de la santé et proposer des pistes d'amélioration
- ✓ Définir des indicateurs utiles à l'évaluation de la prochaine programmation des APAS.

### ***Matériel utilisé :***

Pour la réalisation de ce travail, nous avons utilisé :

- les documents de la programmation APAS 2009 de la région Nord – Pas de Calais, et notamment la systémique des objectifs propres à ce programme
- le fichier informatique constitué par les fiches-projets déposées par les porteurs lors de la période d'appel, ainsi que des données portées lors de la période d'instruction (ce fichier a en fait dû être extrait du fichier général regroupant les APAS de la Région et des Départements)
- Les référentiels cités supra (Outil Promotion Santé Suisse et travaux Nancéens sur le support social)

### ***Outils utilisés :***

*Outils statistiques* : pour la réalisation des tests, le risque de première espèce a été fixé à 5%. Pour les variables quantitatives, le test de Student a été utilisé (et le test ANOVA lorsqu'il y avait plusieurs séries à comparer). Pour les variables qualitatives, le test du Khi<sup>2</sup> de Pearson a été utilisé (et le test du Khi<sup>2</sup> de Yates ou le test exact de Fisher, lorsqu'une des valeurs attendues était inférieure à 5).

Outils de classement et de catégorisation :

Pour l'analyse sous l'optique de la promotion de la santé, il sera utilisé l'outil validé « Promotion Santé Suisse – Guide pour la catégorisation des résultats – 2<sup>o</sup> version revue et corrigée – Adapté en France par l'INPES – Janvier 2007 ».

Pour l'analyse sous l'optique de la qualité de vie en santé, il sera tiré des travaux de l'École de Santé Publique de Nancy, et notamment de BRIANCON S., BLANCHARD F., CHERRIER-BAUMANN M., GUENOT-GOSSE C., CALES-BLANCHARD E., DESCHAMPS JP., SENAULT R. Isolement, support social, événements de vie et état de santé. Rev. Epidém. Santé Publ., 1985, 33, 48-65 »

**Résultats**

Ils sont présentés par la structure « IREPS » avec laquelle l'ORS a travaillé en collaboration, dans le cadre du Groupement Régional de Santé Publique (GRPS).

## **Poursuite du 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'examen de santé) ont établi un partenariat visant à exploiter au niveau infrarégional, les données des centres d'examen de santé.

### ***Objectifs***

Le partenariat a pour objectif principal d'étudier au niveau géographique, dans la région Nord - Pas-de-Calais les causes et mécanismes de production des inégalités de santé (morbidité, mortalité, etc.)

Plus spécifiquement :

- Décrire à une échelle agrégée l'état de santé, les situations de non recours et facteurs de risque de cancer
- Etudier le score EPICES en le confrontant aux indicateurs « écologiques » de défaveur sociale reconnus tels que Townsend, Carstairs et les relations avec la morbidité et la mortalité.

Pour cela, une base de données a été constituée à partir des données individuelles des CES de la Région et des données agrégées de l'ORS.

### ***Méthode utilisée***

La base de données disponible rassemble les consultants des centres d'examen 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 %).

Pour les traitements futurs prévus en 2010, la mortalité par « *codpostauxbis* » sera comparée au moyen des SMR calculés à partir de la mortalité 2004-2007 et de la population recensée en 2006. Les indices de défaveur (indice de Townsend et de Carstairs) seront également calculés sur la base du recensement de 2006.

### ***Principaux résultats***

Le premier volet de la convention de partenariat a été traité, c'est à dire la remise par le Cetaf à l'ORS de données agrégées à partir des examens de santé réalisés dans la région Nord - Pas-de-Calais. Le deuxième volet concerne l'étude du score EPICES :

- Relations avec les indices agrégés Townsend, Carstairs, indice de défaveur social du NPDC
- Relations avec la mortalité
- Analyses multiniveaux  
Analyse de l'impact de la situation sociale sur la santé en examinant la part de la situation individuelle et la part du contexte de résidence.

En novembre 2008, l'ensemble des données agrégées par zone d'emploi a été envoyé à l'ORS par le Cetaf. Cette base rassemble la population des CES région NPDC 2002-2007 de 16 ans et plus (N=179741) Au total, 14 indicateurs de santé ont été transmis (effectifs bruts, taux de prévalence % bruts et % pondéré -sexe et type activité- stratification sexe, âge et précarité EPICES)

Une partie de ces données a été utilisée dans la construction d'une fiche alimentation. Les autres données pourront être exploitées à l'occasion de la sortie d'autres fiches thématiques.

### **Définition de perceptives d'analyse 2010**

Fin 2009, une réunion ORS/CETAF a permis de faire le point sur l'avancée des travaux et d'élaborer les perspectives des travaux 2010. La suite de l'étude portera sur les relations entre le score EPICES et la mortalité. Dans un premier temps, l'ORS fournira au Cetaf les taux de mortalité toutes causes, homme/femme/ensemble, par codepostalbis sur la période 2004-2007 centré 2006. Si les effectifs de décès par zones sont suffisants, les relations entre la mortalité et EPICES seront étudiées, ainsi qu'entre la mortalité et la santé perçue et le non recours aux soins.

Dans le cas contraire, l'ORS étudiera la faisabilité de produire les taux de mortalité sur une période plus longue (2000-2007).

Il a également été évoqué de produire par la suite les taux de mortalité par causes de décès (si les effectifs le permettent). Dans un second temps, l'ORS transmettra au Cetaf l'indice de Carstairs par codepostalbis ainsi que l'indice de défaveur social construit sur la Région, pour l'étude des relations avec le score EPICES.

Pour l'indice de Carstairs, une seule variable diffère de l'indice de Townsend : % de ménages dont le chef de famille est de la classe sociale IV ou V (partly skilled or unskilled occupations) soit employé/ouvrier.

Au final, le partenariat entre l'ORS et le Cetaf pourra donner lieu à la rédaction de publications scientifiques communes, portant sur les axes suivants :

- ✓ la comparaison entre le score EPICES et les indices de défaveur sociale validés sur le plan international (Townsend et Carstairs)
- ✓ le lien entre le score EPICES et la mortalité.

### ***Territoires concernés***

Le zonage d'étude est une approximation du code postal appelé « codepostalbis »

### ***Partenaires associés***

Conseil Régional Nord Pas-de-Calais - CETAF

## Rédaction d'articles

- ✓ Pascal L., Blanchard M., Fabre P., Larrieu S., Borrelli D., Host S., Chardon B., Chatignoux E., Prouvost H., Jusot JF., Wagner V., Declercq C., Medina S., Lefranc A. Liens à court terme entre la mortalité et les admissions à l'hôpital et les niveaux de pollution atmosphérique dans neuf villes françaises. *BEH* 2009 ; 5 : 41-4.
- ✓ Participation à la revue « CONTACT SANTE »
- ✓ Declercq C., Lacoste O., Poirier G., Prouvost H. Inégalités sociales d'exposition aux facteurs de risque environnementaux : l'exemple de l'implantation des sites industriels à risque ou polluants dans la région Nord - Pas de Calais. *Air pur* 2009 ; 76 : 36-42.

**2010**



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

235 avenue de la Recherche  
B.P. 86 59373 Loos cedex  
Tél. : +33 (0)3 20 15 49 20  
Fax : +33 (0)3 20 15 10 46  
[www.orsnpdc.org](http://www.orsnpdc.org)



L'ORS est membre du GIE  
Groupement Régional de Promotion de la Santé