Rapport d'activité 2010

N O R D
PAS-DE-CALAIS

Rapport d'activité

Année 2010

Sommaire

Réunion des instances 5

- Conseil d'administration 5
- Assemblée générale 5

Activité de gestion 7

Ressources humaines 7

Trésorerie 7

Le GIE Groupement Régional de Promotion de la Santé 7

Activités permanentes 8

Le DRI 8

SISMO (Site Internet) 8

50/51° Nord 10

Deuxième journée de l'ORS 11

SIGORS 13

Etudes & travaux 15

- Observations inattendues et capricieuses de la santé 17
- Ici et Ailleurs : *Nouveaux* indicateurs de santé du Nord – Pas-de-Calais 20
- Nous et les autres 24
- Eléments d'une prospective des professions de santé 29
- Diagnostic préalable à la mise en place de maisons de santé pluridisciplinaires 30
- INTERREG IV : Génération en santé 32
- Accompagnement aux projets locaux de santé 37
- Cancer, Inégalités Régionales, Cantonales et Environnement (CIRCÉ) 40
- Les systèmes territoriaux de prise en charge des cancers en Nord – Pas-de-Calais – *Pondérations des scores de prise en charge des cancers. Approche écologique de la répartition spatiale de métiers de la cancérologie* 44
- Réalisation d'un Atlas de la santé sur l'Audomarois 49
- Mise à jour 2010 des indicateurs statistiques du site de l'ORS 53
- Mise à jour des indicateurs statistiques de mortalité du site de l'ORS Nord – Pas-de-Calais : Evolution des taux comparatifs de mortalité entre 1980 et 2005 56
- Partenariat ORS Nord – Pas-de-Calais / Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de santé 59
- Production de données pour le Glasgow Centre for Population Health (GCPH) 62

- Etude concernant les délais de prise en charge des cancers (journées d'échanges INCA/RRC) 25 juin 2010 à l'INCA (Boulogne-Billancourt). 63

Autres activités 64

Sollicitations et interventions diverses 64

Demandes spécifiques de statistiques réalisées en 2010 65

Rédaction d'articles et participations 69

Réunion des instances

Au cours de l'année 2010, les instances de l'ORS sollicitées par son Président, Jean-Louis SALOMEZ, se sont réunies le 12 octobre 2010.

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 23/04/2009
- Mise en conformité du Statut Collectif Unilatéral
- Modification des statuts (articles 14,1 et 6)

POINT ESSENTIEL DEBATTU

Le SCU mis en place en 1999, puis révisé en 2006, nécessite une actualisation, notamment en termes de législation sociale qui évolue régulièrement mais aussi une nouvelle méthode de calcul des salaires.

Certaines rubriques ont donc fait l'objet d'une réécriture :

- ajout rubrique promotion sociale
- précisions congés annuels (# période de référence et période de prise)
- garantie de rémunération
- nouvelle règle de rémunération et promotion
- indemnité de licenciement
- nouvelle grille des fonctions
- cotisations Régimes de prévoyance et de mutuelle.

Cette modification a été réalisée avec l'aide d'un conseil extérieur.
Un calendrier précis a été mis en place et l'ensemble du personnel a été consulté.

La mise en application de ce SCU a été effective à compter du 1/12/2010.

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

Assemblée générale

- Examen et validation des rapports d'activité et compte de résultat-bilan financier 2009
- Activité et budget prévisionnel 2010
- Election du collège des membres élus
- Approbation du PV de la réunion du 23/04/2009

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

Pour la première fois, l'Agence régionale de santé Nord – Pas-de-Calais était représentée.

POINTS ESSENTIELS DEBATTUS

- ✓ **La réélection du collège des membres élus et la modification des statuts**

étaient inscrits à l'ordre du jour. Compte tenu de l'absence de candidature (hormis une, votée à l'unanimité) il a été décidé que cet aspect serait vu en réunion de Bureau, de même que la question du quorum requis pour la bonne tenue des instances futures et pour la modification de nos statuts.

- ✓ **Compte de résultat-bilan financier 2009**

L'ORS termine l'année avec un résultat positif de 3 009,42 €. Les dépenses s'élèvent à 1 231 791.88 € ; les recettes à 1 234 801.30 €.

L'objectif fixé par le Président de revenir à un résultat équilibré est atteint en 2009. En 2010, l'objectif sera de renflouer les fonds propres.

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 1er 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 64 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.** »

Activité de gestion

Ressources humaines

Deux salariées sur les trois licenciées en 2008, ont engagé une procédure prud'hommale en septembre 2009. L'aide d'une spécialiste en droit social a été sollicitée.

Pour l'un des dossiers, le Conseil des Prud'hommes a reconnu toute la légitimité du licenciement économique. Pour le 2e la procédure est toujours en cours au 31 décembre 2010.

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

Au 31 décembre 2010, le personnel était composé de 8,8 ETP permanents et d'un CDD.

L'évaluation du personnel sur l'année 2010 a été réalisée.

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

Enfin sur l'aspect social, et essentiellement pour une mise en conformité, l'ORS a revu son Statut Collectif Unilatéral avec une mise en application au 1er décembre 2010. Les contrats prévoyance ont été revus afin de bénéficier de moindres taux.

Trésorerie

Hormis au cours du 4e trimestre de l'année, la trésorerie a été positive courant 2010. Les agios sont légèrement plus élevés qu'en 2009.

Le GIE Groupement Régional de Promotion de la Santé

Sur l'année 2010, les échanges intra-GIE ont été nombreux, formalisés par des réunions de direction, mais aussi pour 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 au 31 décembre 2010 5000 documents.
3- Veille documentaire pour les chargés d'études (liste non exhaustive) : accès aux soins, environnement et santé, démographie des professions de santé, économie de la santé, inégalité de santé, territoire, santé mentale…
4- Recherche documentaire sur demandes extérieures 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 médecins, des acteurs sociaux, des journalistes…
Au total, le DRI a été sollicité par une quarantaine de demandes individuelles (documentaires ou statistiques) en 2010. Les thèmes les plus demandés ont été : la mortalité par pathologie (tumeur, suicide), les adolescents (obésité, suicide, addictions), les personnes âgées, l'accès aux soins, la démographie des professions de santé...
5- Le service a également en charge le site Internet de l'ORS, ainsi que l'administration réseau.

SISMO (Site Internet)

En 2010, le site Internet de l'ORS Nord – Pas-de-Calais a comptabilisé 93 365 visites et près de 330 000 téléchargements de fichiers, soit approximativement plus de trois téléchargements par visite (études et travaux divers tels que les *50/51° Nord* et les *Observations inattendues de la santé*).

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
- Enquête sur les besoins locaux de santé, 2010
- Atlas des professions de santé du Nord - Pas-de-Calais, 2005
- Atlas de la mortalité par cancer dans la région Nord – Pas-de-Calais (1991–1999), 2007

A noter que les indicateurs statistiques produits par l'ORS et régulièrement mis à jour intéressent de plus en plus les internautes. Ci-après vous trouverez les fichiers mis en ligne en 2010.

Indicateurs statistiques mis en ligne en 2010

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

Scolarisation et niveaux de formation dans le Nord - Pas-de-Calais en 1999 et 2006

- Taux de scolarisation, par tranche d'âge, dans le Nord - Pas-de-Calais en 1999 et 2006
- Niveaux de formation dans le Nord - Pas-de-Calais en 1999 et 2006

Emploi dans le Nord - Pas-de-Calais en 2006 : temps partiels, contrat, lieu de travail...

- Part des salariés, non salariés et des temps partiels parmi les 15 ans ou plus dans le Nord - Pas-de-Calais en 2006
- Statut et type de contrat des femmes dans le Nord - Pas-de-Calais en 2006
- Statut et type de contrat des hommes dans le Nord - Pas-de-Calais en 2006
- Actifs occupés de 15 ans ou plus du Nord - Pas-de-Calais selon le lieu de travail en 1999 et 2006

Logement dans le Nord - Pas-de-Calais

- Logement dans le Nord - Pas-de-Calais en 1999 et 2006

Population : état et dynamique

- Evolutions démographiques dans le 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
- 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 active dans le Nord - Pas-de-Calais en 2006
- Part des catégories professionnelles parmi les actifs dans le Nord - Pas-de-Calais en 2006
- Nombre de chômeurs et taux de chômage des 15-64 ans dans le Nord - Pas-de-Calais en 2006

50/51° Nord

Les petits dossiers de l'ORS Nord – Pas-de-Calais

Numéros parus

- n° 23 : Les intercommunalités et la santé
- n° 24 : Les régions postindustrielles

Numéros élaborés

- n° 25 : Mondialisation, territorialisation et santé
- n° 26 : Les besoins de santé
- n° 27 : Santé et développement durable
- n° 28 : Les maladies chroniques

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

Deuxième journée de l'ORS

La 2e 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.
L'ORS souhaite également, autant que faire se peut, collecter ces données sur la France entière afin de pouvoir comparer la situation des territoires infrarégionaux du Nord – Pas-de-Calais avec des territoires de même ordre dans d'autres régions.

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 2010

En 2010, la recherche, la collecte, l'organisation et le traitement des données à caractère géographique faisant partie des activités permanentes liées à SIGORS, ont été poursuivis.

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

- 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

Études & travaux

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.

Eléments 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 accessibles les réalités démographiques, territoriales, économiques, sociales du Nord – Pas-de-Calais vis-à-vis d'autres populations, régions ou nations.
Mais l'expertise accumulée de l'ORS lui permet aussi de pointer les lacunes d'informations dont la disponibilité permettrait d'améliorer les connaissances et, ce faisant, d'aider les décisions devant être prises par les politiques publiques régionales, dont celles 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, réalisations 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 au 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 (inégalités sociales par exemple) ou explique ce que l'opinion commune y met comme sens (exemple, le littoral c'est là où 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 ? …).

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, sous 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 de référence ou considérés comme tels.

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.).

Depuis leur création, les fiches-articles suivantes ont été publiées :

1. Les associations et la santé ;
2. Intimité, sexualité ;
3. Les âges de la vie ;
4. L'économie et la santé ;
5. Genre et santé ;
6. École et santé ;
7. Santé mentale ;
8. La santé en recherche ;
9. Territoires et santé ;
10. Les temps de la santé ;
11. Déchets et santé ;
12. Inégalités des chances ;
13. Ruralité et santé ;
14. Risques, catastrophes et crises.

Sont à ce jour en révision et/ou mises à jour :

15. Violence et santé ;
16. Climat, météo et santé.

Fiches en cours d'élaboration :

17. Les emplois de la santé ;
18. Les métiers de la santé ;
19. Les clichés et la santé ;
20. Villes et santé ;
21. Migrations et santé ;
22. Travail et non travail ;
23. Littoral ;
24. Alimentation ;
25. Infrastructures et santé.

Ici et Ailleurs : *Nouveaux* indicateurs de santé du Nord – Pas-de-Calais

Pourquoi de nouveaux indicateurs ?

Depuis près de trente ans, les ORS produisent des indicateurs qu'il a fallu divulguer, dont il a fallu montrer la fiabilité, puis enfin préciser le sens.

Un indicateur, c'est avant tout une mesure qui évalue une dimension, un aspect d'un objet ; ici, il évalue la santé humaine, le système de santé mais aussi les principaux déterminants de 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'indicateurs de considérer, peut-être un peu trop rapidement, qu'un indicateur de santé est 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 comme essentiels à une époque donnée, par l'appareil de l'État. L'indicateur, parce qu'il est produit par un système, un système de santé en l'occurrence, est conséquenciel et pas précurseur. Sa fonction est de suivre un aspect considéré comme important, capital, à un moment de l'histoire. En France, le surinvestissement de la IIIe République sur la chose démographique nous a laissé de remarquables séries statistiques normées ; les naissances et les décès, la nature des décès n'ont pas de secrets pour l'État, pour l'État et sa science, la statistique. Ces différents points sont de plus en plus reconnus. Ils se trouvent exposés par exemple dans des travaux d'Alain Desrosières, de Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès, entre autres.

Il nous semble de plus en plus certain 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. D'ici peu, il sera nécessaire de concevoir de nouveaux indicateurs de santé susceptibles d'accompagner la conduite de politiques de santé, pour échapper à une approche trop axée sur le seul constat d'état de santé inégal entre groupes sociaux, sexes ou territoires, fondée sur l'analyse de la mortalité, ou privilégiant l'observation des dépenses 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 encore davantage pour les attentes de la population vis-à-vis du système de santé en général, ou vis-à-vis de tel ou tel de ses segments. En ce domaine, ce qui a été commandité par les services publics 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 contextes.

Ce qui existe là où cela est utile

À défaut de données spécifiquement sanitaires et satisfaisantes, ce rapport présente les éléments de constats qui existent aujourd'hui, des données de contextes et quelques rubriques descriptives de la présence d'une offre de soins et de quelques-uns de ses prolongements.

Il importe d'insister sur le fait que, selon nous, ces indicateurs disponibles ne sont pas suffisants pour servir l'aide à la décision. Ils sont donc limités dans leurs capacités à accompagner les politiques publiques, avec un niveau de fiabilité et de vraisemblance satisfaisant. 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 et d'en suivre l'avancement, pour 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 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 France, en moyenne 10 % des zones d'emploi, 30 % des pays, 95 % des communautés de communes et la quasi-totalité des cantons 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. C'est la raison pour laquelle le local de l'Île-de-France ne peut et ne doit pas être strictement considéré et abordé comme celui du Limousin.

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 que leurs présences effectives –les équivalents temps plein– sont identiques ici et là puisque moyennées dans la masse, il n'en va pas de même lorsque l'on examine les forces en présence sur un, deux ou trois établissements. Enfin, par son extension géographique limitée, le local permet d'aborder avec plus de facilité les interrelations, les interdépendances, les effets induits de diverses logiques et de divers acteurs. En outre, il est aussi 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. D'ailleurs la réforme Juppé de 1995 s'inscrivait dans cette démarche en décomposant, désagrégeant le territoire national par ses Agences Régionales de l'Hospitalisation, pour le seul secteur hospitalier.

Éviter le *diagnostic annuaire insulaire*

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

De plus, il est courant 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. C'est incontestable, 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'emploi, les arrondissements, les pays et les territoires de proximité du Nord – Pas-de-Calais, constitue un cas d'école). Mais 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*.

Ainsi, par *diagnostic annuaire insulaire*, nous entendons ces tableaux de bord régionaux n'exposant que les indicateurs de territoires situés dans une même région. Puisque durant plusieurs années nous avons publié de tels ouvrages, nous avons pu observer 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 de notre Région par rapport à d'autres, de même nature mais se trouvant ailleurs en France. Selon nous, les régions ne sont pas des îles dont la seule comparaison, entre elles, de leurs propres parties serait pertinente. Chaque territoire en France est avant tout habité par des populations ayant potentiellement les mêmes droits à la santé. Si, très souvent, les règles inhérentes à chaque système national de santé entre États sont

susceptibles de façonner des modes d'organisation eux aussi nationaux, elles limitent considérablement la pertinence des comparaisons internationales ; la comparaison de territoires français entre eux devrait devenir la base de bilans et de suivis des projets et actions des politiques publiques ayant un impact sur la santé des populations, leurs comportements et leurs attentes.

Aussi ce rapport, conçu par l'équipe de l'ORS Nord – Pas-de-Calais à la demande du Conseil Régional, entend-il 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 de 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, ou 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'Intérieur, 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'agglomération 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 le Nord – Pas-de-Calais et les régions pour lesquelles nous avons estimé que la comparaison était fructueuse. Sont aussi présentées les valeurs des 14 communautés d'agglomération et communautés urbaines et celles des intercommunalités que nous avons estimées 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 368 homologues présents sur le territoire métropolitain.

Les 14 communautés d'agglomération et 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 de 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

État de santé
Mortalité toutes causes
Mortalité prématurée évitable par des actions sur le système de soins
Mortalité prématurée évitable par des actions sur les facteurs de risque individuel
Mortalité par tumeurs malignes
Mortalité par cancers des voies aérodigestives supérieures
Mortalité par cancers du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon
Mortalité par cancers du côlon
Mortalité par cancers du sein
Mortalité par cancers du col de l'utérus
Mortalité par cancers de la prostate
Mortalité par maladies endocriniennes
Mortalité par accidents de transport
Mortalité liée à l'alcool (maladies chroniques du foie & abus d'alcool)
Mortalité par suicides

Les professions et emplois de santé
Les emplois de la santé humaine
Les professions de santé
Les médecins
Les infirmiers
Les sages-femmes
Autres professions spécialisées non médicales (psychologues, psychanalystes, psychothérapeutes)

Situation démographique
Caractéristiques socioprofessionnelles
Caractéristiques socioéconomiques

Nous et les Autres

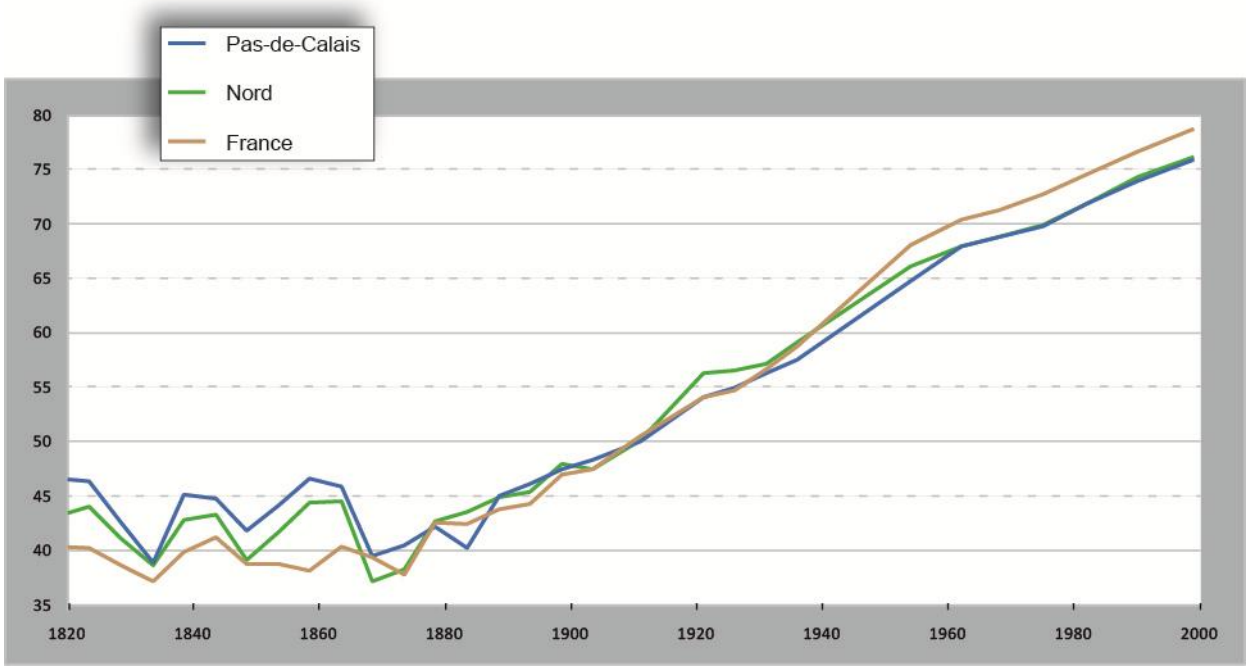
Spécificités régionales et évolution de l'état de santé dans les territoires du Nord – Pas-de-Calais

Contexte

La France, concernant l'état de santé, profite d'une place privilégiée car son espérance de vie à la naissance est l'une des plus élevées d'Europe. Néanmoins, ce constat est nettement contrasté au niveau des régions : en 2010, le Nord – Pas-de-Calais est la région ayant le plus mauvais état de santé de France métropolitaine. Cette situation, relativement récente, demeure inchangée depuis de nombreuses années et concerne la plupart de ses territoires.

Dans ce cadre, l'ORS a été sollicité par la région Nord – Pas-de-Calais afin de mettre en œuvre une étude intitulée « Nous et les Autres », ayant pour objectif de positionner les zones d'emploi de la Région par rapport aux autres zones d'emploi de la France métropolitaine, en fonction de l'état de santé et des caractéristiques démographiques et socioéconomiques.

Évolution de l'espérance de vie à la naissance entre 1806 et 2005 dans le Nord – Pas-de-Calais et la France métropolitaine



Objectifs

Comprendre les mécanismes conduisant à la dégradation, la stagnation ou à l'amélioration du niveau de santé des territoires en fonction des déterminants psychosociaux accessibles.

Méthode utilisée

Dans un premier temps, l'ORS s'est attaché à rassembler les données utiles pour construire les différents indicateurs utilisés.

Ces données se réfèrent à trois grandes thématiques :

- **État de santé :** données de mortalité provenant de l'INSERM (CépiDc) pour la période 1982 et 2006. Les décès domiciliés ont été cumulés sur les années 1980, 1981, 1982 et 1983, en ce qui concerne la période 1982, et les décès 2004, 2005, 2006 et 2007, pour la période 2006, afin d'obtenir une significativité statistique satisfaisante. Les causes de mortalité sélectionnées portent sur les pathologies imputables aux comportements individuels (cancers bronchopulmonaires, cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses et psychoses alcooliques…), sur les pathologies relevant de politique de prévention (cancers du sein chez les femmes, maladies infectieuses…) et sur les décès prématurés toutes causes.

- **Offre de soins :** données provenant de l'INSEE sur les professionnels de santé (infirmiers, médecins généralistes, spécialistes ou médecins hospitaliers, pharmaciens ou préparateurs, chirurgiens-dentistes).

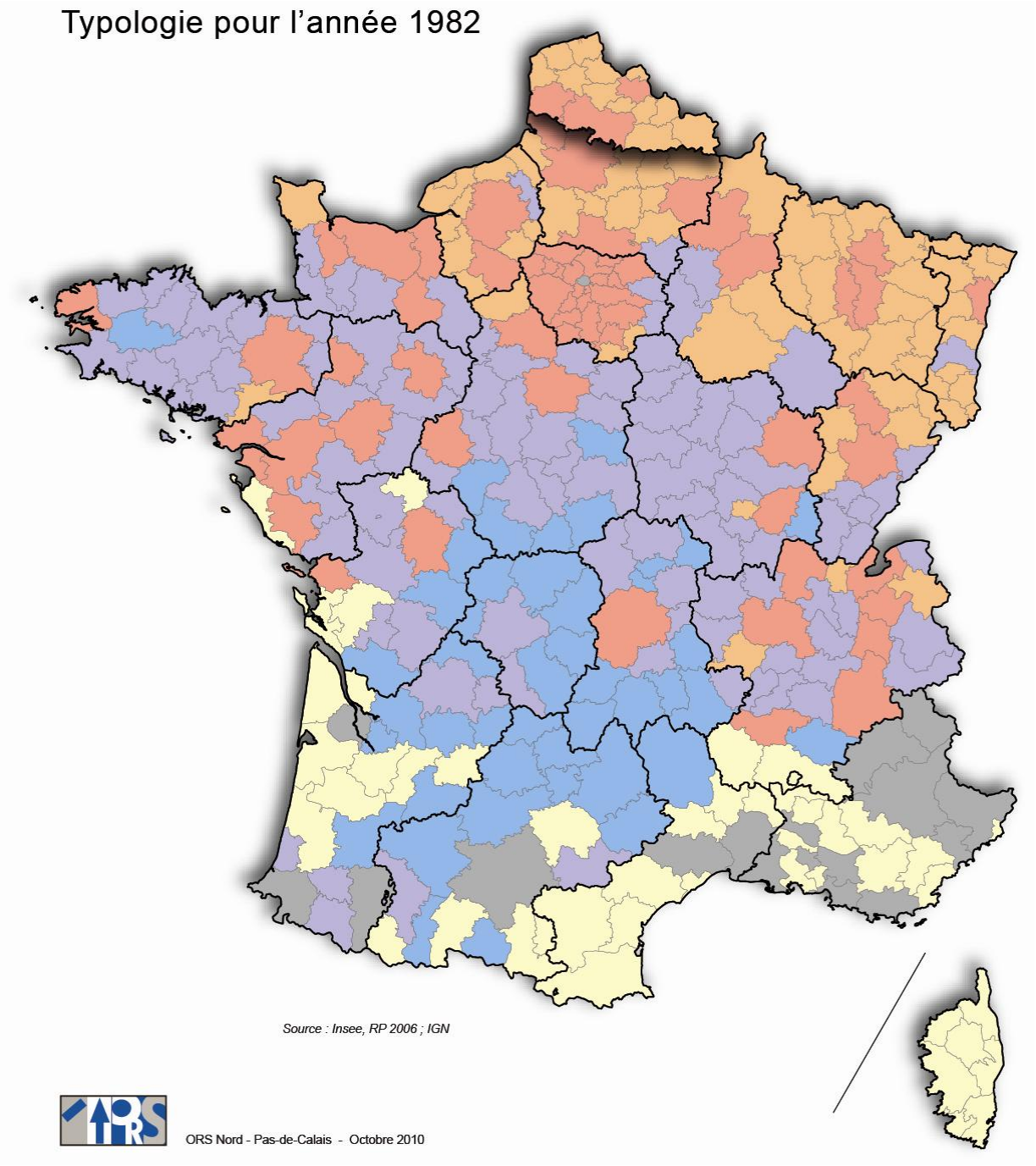
- **Appréhension sociodémographique :** il s'agit de données qui peuvent fournir des indications pour mieux appréhender les problématiques de santé d'un territoire [taux de variation annuel dû au mouvement naturel (en %), taux de variation annuel dû au mouvement migratoire (en %), taux de natalité annuel (pour 1 000 personnes), indice de vieillissement (en %), taux d'activité des hommes de 15 ans ou plus (en %), taux d'activité des femmes de 15 ans ou plus (en %), taux de chômage des hommes de 15 ans ou plus (en %), taux de chômage des femmes de 15 ans ou plus (en %), % de la population travaillant dans le secteur tertiaire, % de la population travaillant dans le secteur secondaire, % de la population travaillant dans le secteur primaire, PCS moyennes (en %), PCS favorisées (en %), PCS défavorisées (en %), % de la population non scolarisée de niveau d'étude supérieur, % de la population non scolarisée de niveau d'étude secondaire, % de la population non scolarisée de niveau d'étude primaire, familles constituées d'une femme seule avec enfant(s) (en %)]. Ces données ont été issues des recensements de population de l'INSEE de 1982 et de 2006.

Ensuite, l'ensemble des données statistiques nécessaires à la réalisation de l'étude a été organisé et analysé par l'ORS à l'échelle des zones d'emploi. Une Analyse en Composantes Principales (ACP) et une Classification Ascendante Hiérarchique (CAH) ont d'ailleurs été effectuées sur ces données.

Résultats

L'analyse des données a permis, à partir des éléments statistiques, de situer les différentes zones d'emploi de France métropolitaine en fonction de l'état de santé et des caractéristiques démographiques et socioéconomiques, et de comparer les zones d'emploi du Nord – Pas-de-Calais aux diverses situations. Différentes cartes de la France métropolitaine par zone d'emploi, ainsi qu'une carte résumant les principales évolutions des zones d'emploi de ces deux périodes, ont par exemple été élaborées. Les résultats (carte ci-contre) montrent que les zones du Nord – Pas-de-Calais se démarquent du reste de la France. La situation de l'état de santé des zones d'emploi du Nord – Pas-de-Calais a enfin été comparée aux résultats obtenus.

Carte de la typologie de 1982 en six classes



Synthèse des principales caractéristiques des six classes

L'état de santé constatable dans les zones d'emploi du Nord – Pas-de-Calais

	Mortalité prématurée				Mortalité attribuable à des facteurs de risques individuels				Mortalité relevant d'actions sur le système de soins			
	2006		Evolution 1982/2006		2006		Evolution 1982/2006		2006		Evolution 1982/2006	
	ICM	Rang France	Ratio	Rang France	ICM	Rang France	Ratio	Rang France	ICM	Rang France	Ratio	Rang France
Artois-Ternois	121,3	301	-31,9	225	133,8	308	-30,6	187	121,9	291	-50,2	149
Berck-Montreuil	138,2	340	-25,7	303	142,5	327	-34,7	146	142,9	342	-33,1	328
Béthune-Bruay	145,4	345	-32,4	212	164,4	346	-27,3	213	140,1	338	-48,9	170
Boulonnais	141,8	343	-32,4	214	158,9	344	-34,4	149	134,5	331	-47,2	203
Calaisis	133,5	334	-37,8	103	145,9	333	-40,8	66	125,5	302	-56,8	49
Cambresis	137,1	339	-36,1	129	151,0	337	-35,7	130	149,4	346	-45,6	223
Douaisis	142,7	344	-36,0	134	153,8	340	-34,6	148	142,7	341	-51,9	113
Dunkerque	133,8	335	-34,2	176	138,2	318	-38,4	89	144,7	344	-44,4	245
Flandre-Lys	117,8	285	-36,2	124	130,0	299	-35,3	136	100,5	168	-58,9	29
Lens-Hénin	163,9	347	-32,8	204	189,8	348	-25,9	223	150,7	347	-51,3	130
Lille	120,9	299	-40,3	63	125,0	274	-41,7	58	123,5	296	-51,7	115
Roubaix-Tourcoing	128,7	326	-35,5	146	130,2	300	-36,4	116	133,2	326	-46,0	216
Saint-Omer	131,0	328	-30,6	243	144,4	329	-34,8	143	140,5	339	-34,5	322
Sambre-Avesnois	139,8	341	-35,7	141	149,4	336	-37,1	106	130,9	322	-51,5	121
Valenciennois	153,3	346	-32,8	201	164,2	345	-33,9	155	160,0	348	-45,7	221
France	**100**	**-**	**-36,9**	**-**	**100**	**-**	**-34,7**	**-**	**100**	**-**	**-49,9**	**-**
Max France	164,0	348	-53,3	348	189,8	348	+ 38,86	348	160,1	348	-78,3	348
Mini France	59,5	1	-13,4	1	51,8	1	-65,4	1	42,3	1	-16,5	1

Territoires concernés

L'ensemble des zones d'emploi de France métropolitaine.

Partenaires associés

Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais, INSEE.

Éléments d'une prospective des professions de santé

Contexte

Dans le courant de l'année 2009, l'ORS a été sollicité par des élus du Littoral afin d'apporter son aide à la mise en place d'une étude prospective, portant sur les professionnels de santé. En février 2010, ce travail a été confirmé. Cependant, l'ORS a estimé pertinent d'étendre cette étude à l'ensemble du territoire régional.

Ce sujet est totalement d'actualité, comme en témoignent l'afflux constant des publications au cours de l'année 2010 (Rapport Hubert), la redéfinition conceptuelle des professions de santé en général.

But

Le but de ce travail est d'apporter un maximum d'éléments (sachant que l'exhaustivité ne sera pas atteinte) de nature à lancer une réflexion régionale avec les différentes institutions et acteurs sur un sujet aussi fluctuant que celui-ci.

Objectifs

L'objectif principal est d'alimenter *a priori* les débats régionaux qui pourront avoir lieu, d'esquisser les réponses aux besoins de la population par une prise en charge optimale et reconsidérée par les professionnels de santé (médicaux et paramédicaux) à l'horizon 2025, sur l'ensemble de la Région et dans les quatre bassins de vie.

Méthode

Ce travail conjugue deux types de méthode :

- Une partie qualitative se caractérisant par une revue de la littérature nationale et par une approche locale par le truchement d'une douzaine d'entretiens menés auprès des principales instances régionales et départementales, comme les ordres ou les représentations des différentes professions (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmières). Cette approche locale avait pour but de confirmer ou d'infirmer ce qui avait été observé dans la littérature.

- Une partie quantitative indiquant, d'une part, un état des lieux des professionnels de santé au 1er janvier 2009 pour les médecins, infirmiers, kinésithérapeutes (libéraux et salariés), par bassin de vie, département, Région et France ; et d'autre part, les perspectives démographiques médicales du Nord – Pas-de-Calais (projections de médecins 2007-2030, potentiel de remplacement des médecins à 5 ans dans les bassins de vie du Nord – Pas-de-Calais à 55 et 60 ans).

L'étude est structurée de la manière suivante : les coopérations, les modifications des périmètres d'exercice, la régulation, l'évolution des pratiques.

Territoires concernés

Région Nord – Pas-de-Calais et au-delà.

Diagnostic préalable à la mise en place de maisons de santé pluri-disciplinaires

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 (Établissements 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 socioéconomique.

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 quantificatives 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 méthodologique 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, elle 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 socioéconomique de la population, éléments de situation économique du territoire, indicateurs de mortalité, recours aux soins, cartographie de l'offre de soins :

- Territoire et Santé
- État 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.

Territoires concernés

En 2010, l'ORS n'a pas fait de diagnostic mais a continué à accompagner des territoires par des rendez-vous, fournissant des données ou présentant le diagnostic lors de comités de pilotage divers : Armentières, Seclin/Carvin, Achiet-le-Grand ou Hucqueliers, etc.

INTERREG IV : Génération en santé

Contexte

Production de Tableaux de bord 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 ». Elle 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 colliger, valider, analyser et présenter de manière utile les données sanitaires produites par différents intervenants de la santé et divers organismes (Institut des statistiques, assurances santé, associations contre la tuberculose, certificats de décès, résumés cliniques minimum, centre antipoison, agence pour la sécurité routière…). Ces données sont analysées conjointement afin d'en améliorer l'utilité pour le choix, la planification et l'évaluation des interventions du champ sanitaire (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, permettront 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 fera 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 figurant 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 mises 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…) pour aborder d'autres thèmes qui sont une priorité de santé publique ou une priorité de santé transfrontalière.

Ainsi, seront abordés les thèmes suivants :

<u>Personnes âgées</u>

Vieillissement 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…

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

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 ce travail.

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 groupe 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 celui de la prise en charge de la maladie.

Cancers

La mortalité par cancers 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 – 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 souhaite 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 « données » 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 terrain à lire les données de santé : pédagogie des chiffres auprès des journalistes et des acteurs de terrain.

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

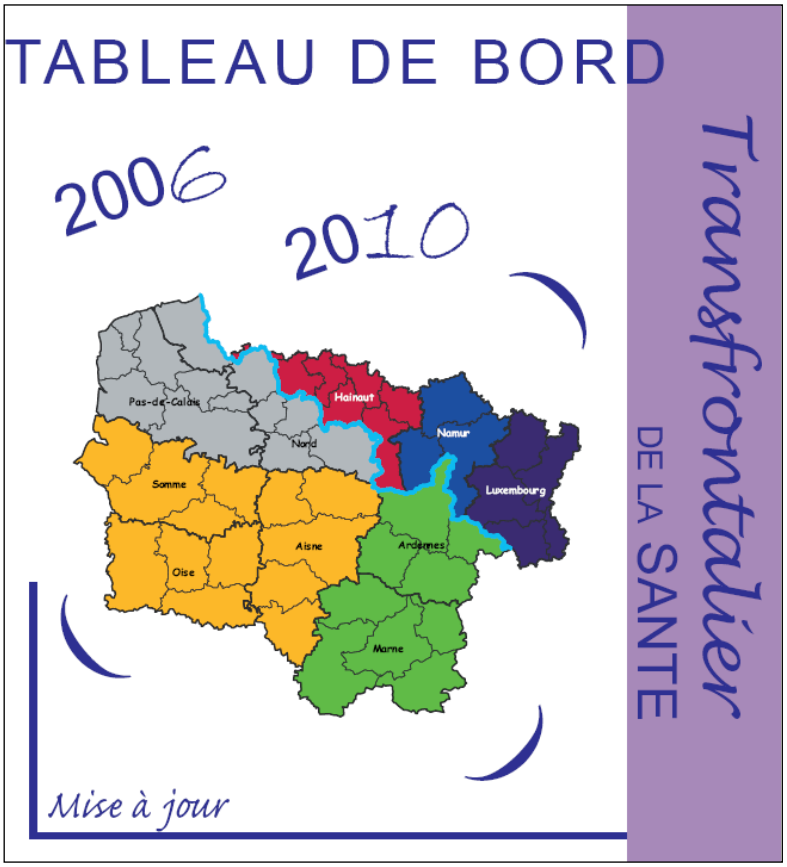
Méthode utilisée pour chaque thématique abordée

- 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 second 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 (3e année) ;
- Un document méthodologique pour pérenniser les mises à jour ultérieures ;
- Présentation des résultats aux professionnels de santé lors d'un événement scientifique (3e année) ;
- Rédaction d'articles dans différents types de revues ;
- Diffusion active des résultats et feedback des bénéficiaires.

Territoires concernés



Opérateurs partenaires et opérateurs associés

Opérateurs partenaires

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

Opérateurs associés

- Forem
- OFBS
- ORSNPDC

Principaux résultats

La mise à jour du Tableau de bord a été finalisée fin 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, Dentistes et Masseurs-Kinésithérapeutes.

Concernant les nouvelles fiches, l'ORS Nord – Pas-de-Calais travaille sur l'une d'elles –inégalités de santé– avec son homologue de Champagne-Ardenne et la Province de Namur, toujours dans le souci d'harmonisation de l'observation transfrontalière. Sortie prévue : septembre 2011.

Accompagnement aux projets locaux de santé

Contexte

L'Observatoire Régional de la Santé (ORS) Nord – Pas-de-Calais propose un accompagnement des territoires, dans le cadre de son Contrat d'Objectifs et de Moyens avec le Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais.

En 2010, ces accompagnements ont été au nombre de quatre, pour l'élaboration de Projets Locaux de Santé.

La loi HPST (hôpital, Patients, Santé, Territoires) indique une volonté de décloisonnement des quatre segments que sont :

- l'offre de soins de proximité ;
- l'hospitalisation ;
- le médico-social ;
- et la prévention/promotion de la santé.

L'ARS est informé du travail de l'ORS et doit, d'ici juillet 2011, mettre en place le Programme Régional de Santé dans la région Nord – Pas-de-Calais. À compter de cette date, il sera décliné dans les bassins de santé, au nombre de quatre dans la Région : le Littoral, l'Artois, la Flandre et la Métropole.

Quelques outils essentiels :

- Une coopération renforcée entre professionnels de santé, inscrite dans la loi HPST ;
- Les maisons de santé pluridisciplinaires ;
- Les coopérations hospitalières de territoire incluant les établissements privés.

Local : Un territoire de santé

Amorcé en 1996, mais officiellement en 1999, le territoire devient un enjeu pour l'organisation des soins avec la création des « Schémas Régionaux d'Organisation des Soins » (SROS). Il s'agit d'une régionalisation de l'organisation des soins, appliquée en premier lieu à l'hospitalisation.

Dès le début des années 2000, les élus locaux s'emparent des politiques de santé, notamment les élus locaux du Nord – Pas-de-Calais, précurseurs en la matière, voulant répondre à une préoccupation grandissante de la démographie médicale.

Les SROS troisième génération, avec la loi du 9 août 2004, prévoient l'articulation de l'hôpital, de la médecine de ville, mais également l'implication des usagers, faisant suite à la loi de 2002 (loi des usagers du système de santé).

Cette démarche et ces lois successives ont pour conséquence un décloisonnement de l'offre de santé afin de mieux s'adapter aux besoins de la population.

Le point d'orgue de ce décloisonnement est la création des Agences Régionales de Santé, avec l'objectif d'intégrer à ce décloisonnement les acteurs du médico-social, au 1er avril 2010, que nous connaissons aujourd'hui.

Du territoire de proximité au projet local de santé

Les territoires de proximité, affirmés dans la loi de santé publique d'août 2004, s'appuient sur les contrats de ville qui mettent en œuvre une démarche locale, dont la santé est une des six priorités, au même titre que la culture ou le sport. Les Ateliers Santé Ville (ASV) se démultiplient dans les communes ou communautés de communes, dessinant ainsi les contours des territoires de projets : le Pays ou la Communauté d'Agglomération.

La pertinence de ces territoires de projets tient dans leur capacité à mobiliser les ressources globales gravitant autour de la santé, dans un but transversal de développement du territoire.

« Le processus d'élaboration d'un projet collectif local doit s'affirmer comme un mode privilégié de la gestion de la qualité en santé publique[1] ».

En effet, dans la méthode, l'engagement des différentes parties en présence est primordial et doit aboutir à la définition des objectifs territoriaux définis par les élus locaux.

De cette démarche doit naître un projet local de santé, dont les objectifs doivent être partagés et hiérarchisés par l'ensemble des acteurs présents et concernés par le PLS.

Objectifs

L'accompagnement aux PLS facilite la lecture des différents diagnostics et enclenche une démarche d'élaboration d'un projet local de santé, qui intègre l'ensemble des paramètres du territoire, ses forces et ses faiblesses, ou encore ses spécificités et caractéristiques démographiques, socioéconomiques, etc. Mais il permet également de mettre en évidence les réseaux formels ou informels existants sur le territoire et d'en faire le bilan, d'identifier les segments types « réseaux » bien en place sur le territoire, ou les problématiques de santé peu ou mal prises en charge de manière concertée sur ce dernier.

Méthode utilisée

L'ORS réalise des entretiens d'acteurs essentiels. Le nombre et le type d'acteurs varient selon le territoire : directeurs d'hôpitaux, élus locaux, institutionnels (responsable de secteur ARS, CG, etc.) ou associatifs, mais également des professionnels de santé (libéraux ou hospitaliers).

La restitution de cet accompagnement se fait selon le souhait des décideurs du territoire : lors d'une réunion de coordination des acteurs, lors d'une réunion spécifique, moment servant le plus souvent de rassemblement des acteurs afin de lancer une ample concertation, ou sous forme d'échange avec les porteurs de la démarche du projet local de santé.

Territoires concernés

L'ORS a initié des accompagnements à la mise en place de quatre plans locaux de territoire :

- ✓ CA de Maubeuge Val de Sambre ;
- ✓ CA de Boulogne-sur-Mer ;
- ✓ CA de Lens – Liévin ;
- ✓ Pays Maritime et Rural du Montreuillois & Pays des Sept Vallées (PER DATAR).

Cette aide s'inscrit dans la continuité du travail de territoire de l'ORS et dans la démarche de meilleure connaissance de leur territoire par les acteurs eux-mêmes.

En effet, de nombreux acteurs locaux, élus, techniciens, associatifs ou professionnels de santé, ont connaissance des données chiffrées de leur territoire : dans la plupart des cas, des diagnostics ont été effectués.

L'ORS, par ces accompagnements, permet d'intégrer à leur réflexion les informations sociodémographiques disponibles.

[1] Gueniffey A. *Regard sur les fonctions en jeu dans le projet local de santé publique.* Santé publique, volume 19, supplément n°1. Janvier-février 2007 ; p 579-586.

Principaux résultats

Quel que soit le mode de restitution choisi, l'effet escompté par l'ORS est la mise en synergie des acteurs, l'amorce de la réflexion sur le projet local de santé, l'appropriation par ces derniers de la démarche mise en œuvre. Le territoire, à l'initiative de son PLS, est force de proposition et de collaboration face à l'ARS, notamment dans l'articulation possible, en son sein, des différents segments de l'organisation de la santé.

En 2010, l'ORS a largement amorcé ces accompagnements de PLS en suivant le rythme des territoires.

Cancer, Inégalités Régionales, Cantonales et Environnement (CIRCÉ)

Poursuite du projet.

Contexte

La région Nord – Pas-de-Calais se situe au premier rang des régions de France métropolitaine en ce qui concerne la mortalité par cancers. Les déterminants de cette situation sont sans doute multiples : exposition aux facteurs de risque comportementaux (tabac, alcool, conduites alimentaires) mais aussi professionnels, environnementaux (exposition à différentes sources de pollution), économiques et sociaux, accès à la prévention et aux soins.

Ce constat a conduit le Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais à faire de la lutte contre les cancers un axe important de ses politiques de santé. Dans ce contexte, l'ORS Nord – Pas-de-Calais s'est associé à quatre autres ORS[2] (Île-de-France, Picardie, Rhône-Alpes, Bretagne) et à l'INERIS (Institut National de l'EnviRonnement industriel et des rISques) pour analyser les disparités de mortalité par cancers à l'intérieur de la Région dans le but, d'une part de mieux connaître ces inégalités afin qu'elles soient mieux prises en compte dans les politiques publiques, d'autre part d'examiner dans quelle mesure la nature de ces inégalités géographiques peut suggérer des hypothèses sur les déterminants, en particulier sociaux et environnementaux, de ces inégalités.

Objectifs et principaux résultats

Les principaux objectifs 2010/2011 du projet CIRCÉ ont été définis au cours de deux réunions téléphoniques (juin et septembre 2010) et d'une réunion organisée à Paris par l'ORS d'Île-de-France (décembre 2010).

Atlas de mortalité cantonale 2000-2007

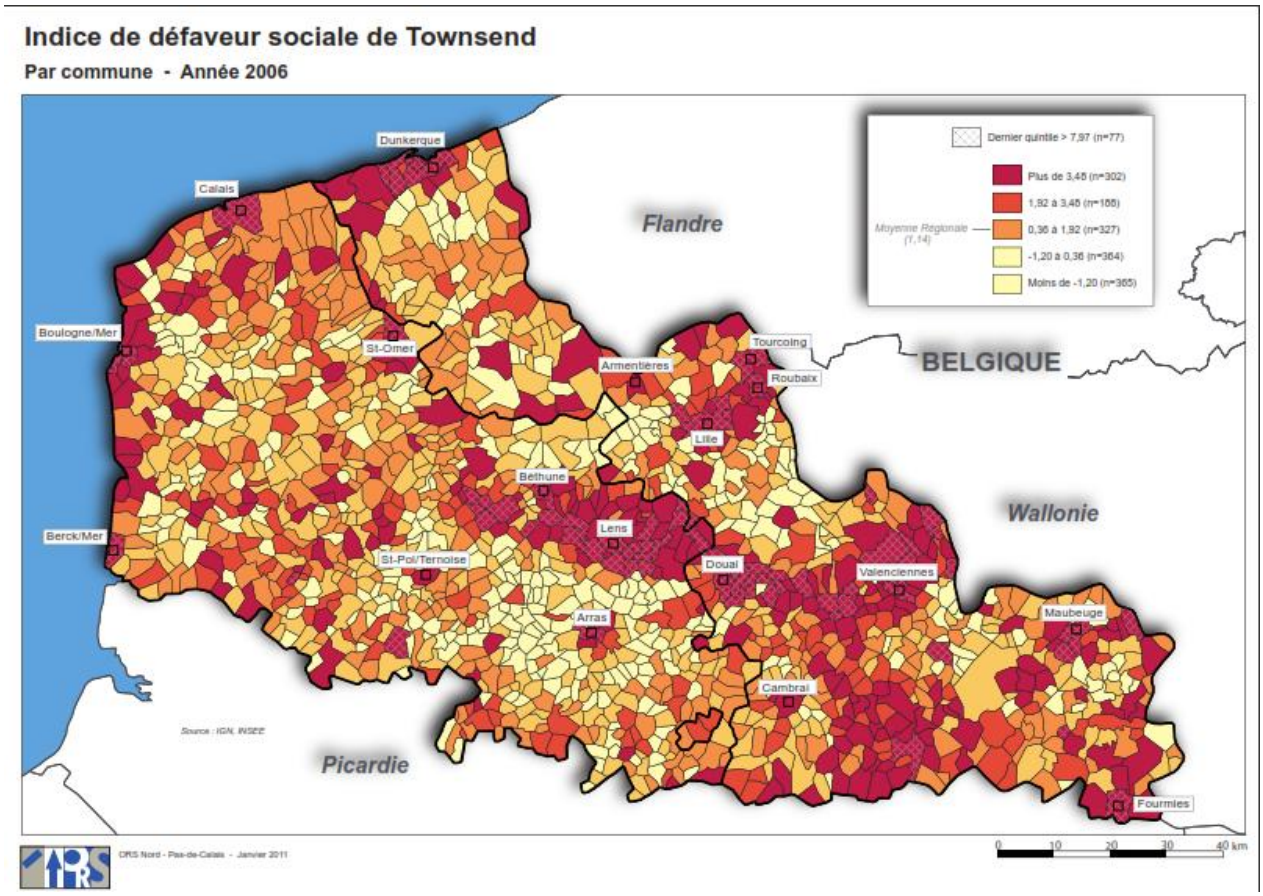
En 2010, les ORS de Bretagne, d'Île-de-France et de Rhône-Alpes ont programmé l'actualisation de leur atlas sur la période 2000-2007. L'ORS Nord – Pas-de-Calais n'a pas souhaité, pour sa part, procéder à cette réactualisation dans la mesure où il est plus attaché à l'idée de présenter un atlas de mortalité cantonale interrégional, standardisé sur la mortalité de la France métropolitaine, ou sur celle des cinq régions regroupées.

Indices de défaveur sociale

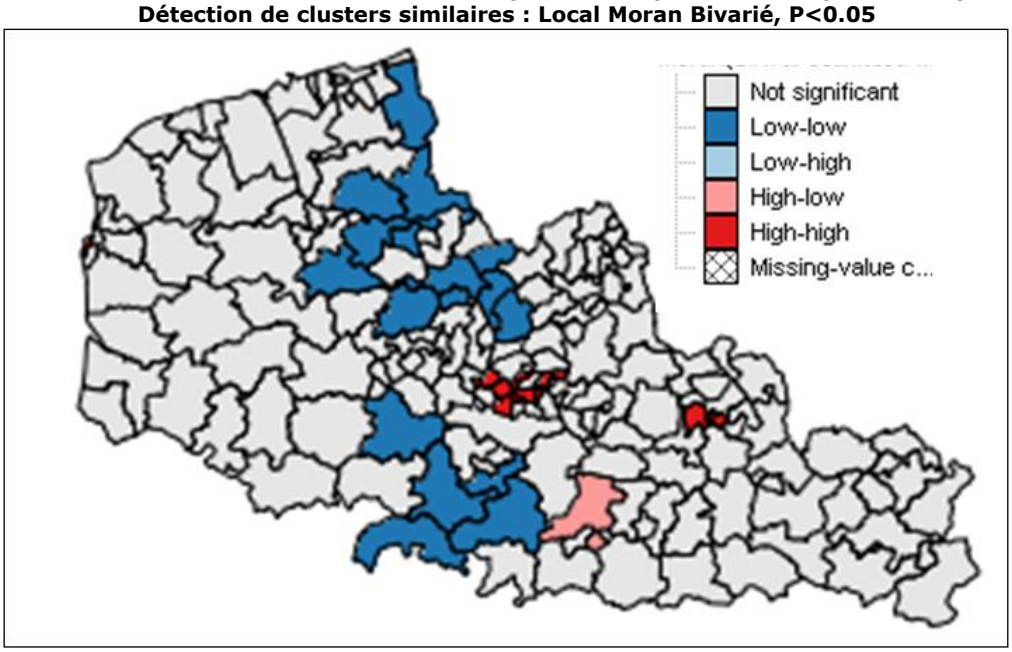
La suite du projet CIRCÉ s'oriente vers la mise en œuvre d'une méthodologie de mesure de corrélation spatiale entre les données cantonales de mortalité, leurs caractéristiques socioéconomiques –mesurées par des indices composites de défaveur sociale– et les cartes des données environnementales des travaux *SIGFRIED*.

L'ORS Nord – Pas-de-Calais a calculé, à partir des données du recensement de la population de 2006, les indices de défaveur sociale de Townsend et de Carstairs sur les cantons des cinq régions, ainsi que sur l'ensemble des cantons de France métropolitaine. Plusieurs cartes exploratoires sur la corrélation spatiale entre mortalité et indices de Townsend et de Carstairs ont été réalisées et donnent des résultats tout à fait encourageants. Ces cartes nécessitent néanmoins d'être mises à jour avec les données de mortalité 2000-2007 et que les points de méthodologie soient bien établis en termes des hypothèses prises.

[2] Depuis 2009, l'ORS Bretagne a rejoint le projet CIRCÉ.



Exemple de croisement de l'indice de défaveur sociale de Townsend 2006 et de l'ensemble des cancers chez l'homme 1991-1999 (données exploratoires et provisoires)
Détection de clusters similaires : Local Moran Bivarié, P<0.05



Lecture de la carte : en rouge association de valeurs fortes pour les deux types de données, (cartes non validées, travail exploratoire sur des jeux de données non définitifs).
Source : SIGFRIED 1, ORS Nord – Pas-de-Calais.

Comparaison de la mortalité entre les deux périodes 1991-1999 et 2000-2007

Plusieurs méthodes ont été discutées sur les comparaisons possibles des cartes d'ICM cantonaux entre les deux périodes.

Selon la situation des différents cantons, cinq partitions peuvent se dégager au regard du niveau de mortalité régionale de chaque période respective :

1. Les cantons qui sont en situation de sous-mortalité et qui le restent ;
2. Les cantons qui sont comparables et qui le restent ;
3. Les cantons qui sont en situation de surmortalité et qui le restent ;
4. Les cantons qui subissent une évolution significative favorable (passage d'un état à un autre) ;
5. Les cantons qui subissent une évolution significative défavorable (passage d'un état à un autre).

Pour ces deux derniers groupes, deux voire trois « sous-partitions » peuvent exister, par exemple dans le cas favorable : passage d'un état de surmortalité à un état comparable ; passage d'un état comparable à un état de sous-mortalité… ; voire passage d'un état de surmortalité à un état de sous-mortalité, situation devant sûrement être assez peu fréquente.

Croisement des données de mortalité et des données environnementales

Parallèlement à la coordination du programme de recherche CIRCÉ, l'INERIS a apporté une contribution spécifique à la thématique des inégalités environnementales dans le cadre de la thèse SIGFRIED 1 (Système d'Information Géographique, Facteurs de Risques Environnementaux et Décès par cancer), menée par Julien Caudeville.

Le travail de ce dernier a d'ailleurs déjà fait l'objet d'une publication[3].

Pour les régions Nord – Pas-de-Calais et Picardie, les bases d'expositions sont disponibles et ont été intégrées dans le modèle.

Méthode

Des échanges avec l'INERIS et les quatre autres ORS ont permis la mise au point d'une méthodologie commune, en particulier concernant 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'auto-corrélation spatiale).

Lors de la dernière réunion CIRCÉ, Edouard Chatignoux a présenté une méthode permettant de modéliser les évolutions temporelles des SMR entre les deux atlas.

Par ailleurs, les partenaires de CIRCÉ sont conscients de la difficulté méthodologique à relier des données d'expositions et des données de mortalité par cancers (d'autant qu'il n'y a pas de temporalité des données environnementales). Afin de s'affranchir en partie des biais, une solution serait de restreindre les analyses à quelques localisations cancéreuses (plutôt de mauvais pronostic pour être plus proche de l'incidence) et à les croiser avec des données d'exposition ayant un lien avéré avec les localisations retenues. L'ORS Bretagne termine actuellement une revue de la littérature sur les liens entre cancers et polluants, qu'il transmettra à tous les participants de CIRCÉ. Celle-ci aidera à effectuer les choix de localisations.

[3] Caudeville J, Govaert G, Blanchard O & Cicollela A. *Construction d'un indicateur d'exposition spatialisé de l'environnement. Air Pur* N° 76, 2009, 49-55.

Territoires concernés

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

Partenaires associés

ORS Île-de-France.
ORS Picardie.
ORS Rhône-Alpes.
ORS Bretagne.
Institut National de l'EnviRonnement industriel et des rISques.
Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais.

Les systèmes territoriaux de prise en charge des cancers en Nord – Pas-de-Calais – *Pondérations des scores de prise en charge des cancers. Approche écologique de la répartition spatiale de métiers de la cancérologie*

Contexte

Le Conseil Régional a eu la volonté de mettre en place un Plan Régional de Lutte contre les Cancers (PRLC), dont les quatre objectifs généraux sont de :

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

Cette étude s'inscrit donc dans une demande d'expertise du Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais auprès de l'ORS afin d'accompagner la mise en œuvre de son PRLC, et fait suite à une première étude, réalisée en 2007, portant sur ***Les systèmes territoriaux de prise en charge des cancers en Nord – Pas-de-Calais***[4].

Objectifs

Ce nouvel opus comporte deux parties distinctes :

- La première vient directement compléter la méthodologie développée en 2007, en proposant une méthode de pondérations des scores qui avaient été initialement mis en œuvre afin de comparer la prise en charge du cancer dans plusieurs bassins de soins en cancérologie.
- La seconde, dont la méthodologie est inspirée de l'approche écologique, a pour objectif l'analyse de la répartition spatiale de quatre spécialités de la cancérologie : l'oncologie médicale ; l'oncologie radiothérapie ; l'onco-hématologie ; la médecine nucléaire.

Partie I : Les métiers de la cancérologie – Mise au point d'une pondération des professions de santé impliquées dans la prise en charge de patients atteints de cancer

Objectifs

L'étude réalisée en 2007 sur ***Les systèmes territoriaux de prise en charge des cancers*** s'articulait autour de trois axes principaux de recherche :

1. La définition d'équipe(s) de prise en charge du cancer, qui était le point central de l'analyse. Il s'agissait en effet de constituer notre référentiel « équipe » composé de professions de santé intervenant à différents stades de la prise en charge du patient. L'ORS Nord – Pas-de-Calais avait ainsi défini une équipe optimale-type, une équipe régionale minimale-type, ainsi que des équipes intervenant dans la prise en charge de cancers spécifiques ayant un impact important sur la santé des habitants du Nord – Pas-de-Calais (cancers de l'appareil digestif, cancers de l'appareil respiratoire, cancers des voies aérodigestives supérieures, cancer du sein, cancers des organes génitaux féminins, cancers des organes génitaux masculins).
2. Un approche géographique, conduisant à délimiter et déterminer des systèmes locaux de prise en charge reposant sur la construction des bassins de soins (ou d'attraction) en cancérologie sur la base des données du PMSI.
3. La construction de scores de prise en charge des cancers, applicables à différents territoires du Nord – Pas-de-Calais, en particulier aux bassins de soins (ou d'attraction) en cancérologie évoqués précédemment.

[4] Lacoste O, Dupont J, Poirier G, Tredez G. *Les systèmes territoriaux de prise en charge des cancers en Nord – Pas-de-Calais. Analyse des états symbiotiques locaux des professionnels de santé* [en ligne]. Loos : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2007 ; 195 p. Disponible sur : http://www.orsnpdc.org/etudes/148674.html.

L'objet de cette première partie porte sur le troisième axe de l'étude et consiste à mettre en œuvre une démarche visant à améliorer la méthode initialement conçue pour calculer des scores de prise en charge des cancers.

Méthode

La recherche des informations nécessaires à l'élaboration des pondérations s'est faite au moyen d'une enquête conduite sous la forme d'un entretien semi-directif, auprès de médecins directement impliqués dans la prise en charge du cancer.

Nous souhaitions que nos entretiens recouvrent le point de vue de médecins exerçant au sein de systèmes de prise en charge du cancer distincts. Notre choix s'est porté sur :

- Le Centre Oscar Lambret, apparaissant comme le centre régional de référence dans le traitement du cancer ;
- Le réseau régional de cancérologie « ONCO Nord – Pas-de-Calais ».

Le réseau ONCO n'a pas été en mesure de nous fournir, dans le temps qui nous était imparti, les pondérations qu'il s'était proposé d'obtenir à partir d'entretiens menés directement auprès de médecins membres de ce réseau.

Dès le début, l'entretien s'est centré autour des équipes intervenant dans la prise en charge de patients touchés par l'un des six cancers suivants :

- cancers de l'appareil digestif ;
- cancers de l'appareil respiratoire ;
- cancers des voies aérodigestives supérieures ;
- cancer du sein chez la femme ;
- cancers des organes génitaux féminins ;
- cancers des organes génitaux masculins.

En effet, afin d'élaborer des pondérations, il s'est avéré plus logique pour le médecin de raisonner par localisation cancéreuse impliquant chacune une prise en charge spécifique, plutôt que de partir de l'équipe optimale-type ou de l'équipe régionale minimale-type, dont le champ de prise en charge s'avérait trop vaste.

Sur la base de ce premier entretien, nous avons pu constituer pour chaque type de cancer un jeu de pondérations, que nous avons intégré dans la formule initiale de calcul des scores de 2007 et qui nous a permis de calculer de nouveaux scores 2010.

Résultats : l'exemple des cancers de l'appareil digestif

Sur les cinq spécialités chirurgicales initialement retenues dans la composition de cette équipe spécifique type, seule la chirurgie viscérale a été maintenue. Par ailleurs, la chirurgie générale a été ajoutée à la liste des spécialités susceptibles d'intervenir dans cette prise en charge du cancer. Les dentistes, les ergothérapeutes, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes et les psychiatres ont été également retirés de la liste des professions de santé de l'équipe type définie en 2007.

En termes de score, le bassin d'attraction de Lille maintient sa position prédominante avec un score de prise en charge pondéré nettement supérieur à ceux des autres bassins d'attraction. De même, les bassins d'attraction de Saint Pol, de Bruay et du Cateau sont toujours lanternes rouges. Le bassin de Montreuil connaît une importante modification dans le classement, passant ainsi de la seconde à la dixième position.

Bassins d'attraction (19) pour les cancers de l'appareil digestif

Scores des bassins "digestifs" sur l'équipe type spécifique de prise en charge des patients atteints d'un cancer de l'appareil digestif	Formule pondérée (2010)		Formule non pondérée (2007)	
	Score	Rang (1)	Score	Rang (1)
LILLE	48,51	1	60,64	1
BOULOGNE	23,32	2	28,93	4
VALENCIENNES	23,19	3	27,47	5
LAMBRES LEZ DOUAI	23,12	4	25,69	9
ROUBAIX	23,04	5	31,46	3
TOURCOING	22,07	6	26,57	7
BETHUNE	20,48	7	26,26	8
ARRAS	20,40	8	27,06	6
LENS	20,11	9	25,64	11
MONTREUIL	19,80	10	34,82	2
DUNKERQUE	18,79	11	24,74	12
MAUBEUGE	18,46	12	25,67	10
CALAIS	17,92	13	23,28	13
ST OMER	17,76	14	21,36	15
FOURMIES	15,35	15	20,57	16
CAMBRAI	14,41	16	22,58	14
ST POL	9,74	17	17,95	17
BRUAY	9,11	18	13,34	18
LE CATEAU	7,94	19	11,40	19

Source : PMSI 2005, Jean-Marc Macé, ADELI 01/01/2005, INSEE RGP 1999. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.
(1) Classement du score le plus élevé au score le moins élevé.

Territoires concernés

Les bassins d'attraction de différents cancers.

Partenaire associé

Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais.

Partie II : Les métiers de la cancérologie – Approche écologique de leur répartition spatiale

Objectifs

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

Méthode

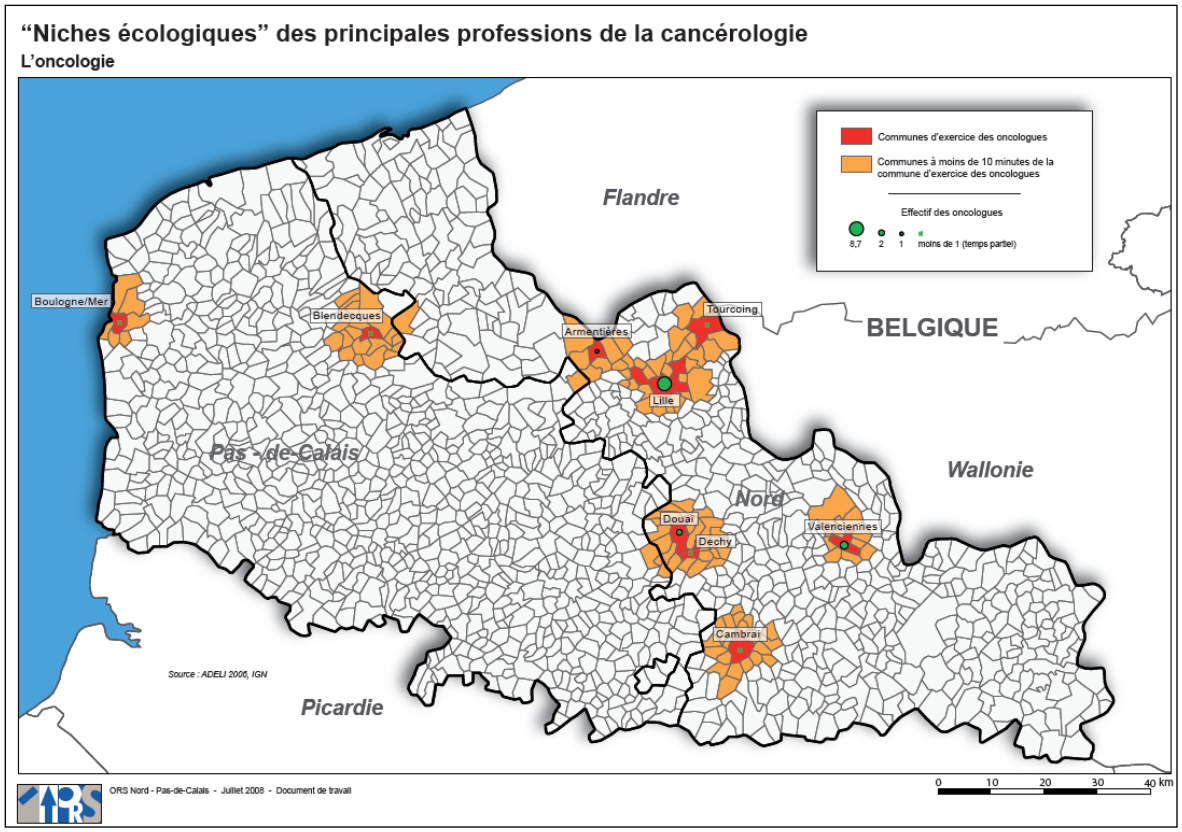
Notre méthodologie s'inspire de l'analyse écologique. Elle vise en effet à examiner, au sein d'un territoire que nous apparentons à des *niches écologiques*, l'association spatiale de différentes professions de santé susceptibles d'intervenir dans la prise en charge du cancer.

Parmi l'ensemble des professions de santé répertoriées dans le répertoire ADELI, 37 ont été retenues dans cette étude. Ce choix, déjà validé dans une étude de l'ORS Nord – Pas-de-Calais[5], correspond à la liste des professions nécessaires à la constitution d'une équipe de prise en charge optimale des patients atteints de cancer. Les données proviennent du répertoire ADELI et concernent les professionnels de santé en exercice au 1er janvier 2005.

Choix des disciplines et constitution des niches écologiques

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

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



Territoires concernés

Région Nord – Pas-de-Calais.

Principaux résultats

Il ressort nettement que, pour chacun des quatre métiers de la cancérologie (médecine nucléaire, oncologie radiothérapique et radiothérapie, oncologie médicale et hématologie), la majorité des 36 autres métiers de la santé constituant l'équipe de prise en charge optimale du cancer, est présente (ce, quel que soit l'effectif en ETP[6]) dans chacune des *niches écologiques*.

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

[5] *Ibid.*
[6] Équivalents temps plein.

Poids des professions de santé au sein des différentes *niches écologiques*
(oncologie médicale, médecine nucléaire, oncologie radiothérapie, hématologie)

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

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

Partenaire associé

Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais.

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

Contexte

L'ORS a été sollicité par l'Agence d'Urbanisme et de Développement (AUD) de la région de Saint-Omer 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.

La réalisation de cet Atlas a débuté en 2009 pour s'achever en 2010, avec la présentation des résultats devant le Conseil Communautaire de la Communauté d'Agglomération 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

Dans un premier temps, l'ORS et l'AUD se sont attachés à rassembler les données utiles pour construire les différents indicateurs utilisés pour la cartographie et pour les commentaires associés.

Ces données se réfèrent à trois grandes thématiques :

- L'état de santé de la population : données de mortalité provenant de l'INSERM (CépiDc) pour la période 2004 – 2007. Une quinzaine de causes de mortalité ont été étudiées en distinguant les sexes et les différentes classes d'âge.
- L'offre de soins : données sur les professionnels de santé provenant de la DRASS (fichier ADELI). Une vingtaine de professions médicales et paramédicales ont été 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.
- Le contexte territorial : il s'agit de données à même de 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…) ; données sur la défaveur sociale (indice de Townsend).

L'ensemble de ces données a été organisé en fonction des différents découpages territoriaux, depuis la commune comme unité de base jusqu'aux différentes intercommunalités. Les indicateurs sont déclinés principalement sur les zones d'emploi (pour la cartographie) mais également sur les différentes intercommunalités (Communautés de Communes, Communauté d'Agglomération, Pays). Lorsque cela fut possible[7], les territoires de la région de Saint-Omer ont été resitués 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 a été principalement 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.

La majeure partie des données statistiques nécessaires à la réalisation de l'Atlas a été collectée, organisée et analysée par l'ORS, exception faite de certaines données sociodémographiques à la charge de l'AUD. Ces données ont été sélectionnées d'un commun accord entre l'ORS et l'AUD. La cartographie, les tableaux et les graphiques ont été réalisés par l'AUD ; les commentaires et analyses, par l'ORS.

Cet Atlas est accessible auprès de l'Agence d'Urbanisme et de Développement de la région de Saint-Omer.

[7] Lorsque l'on dispose des bases de données sur l'ensemble du territoire français.

Territoires concernés

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

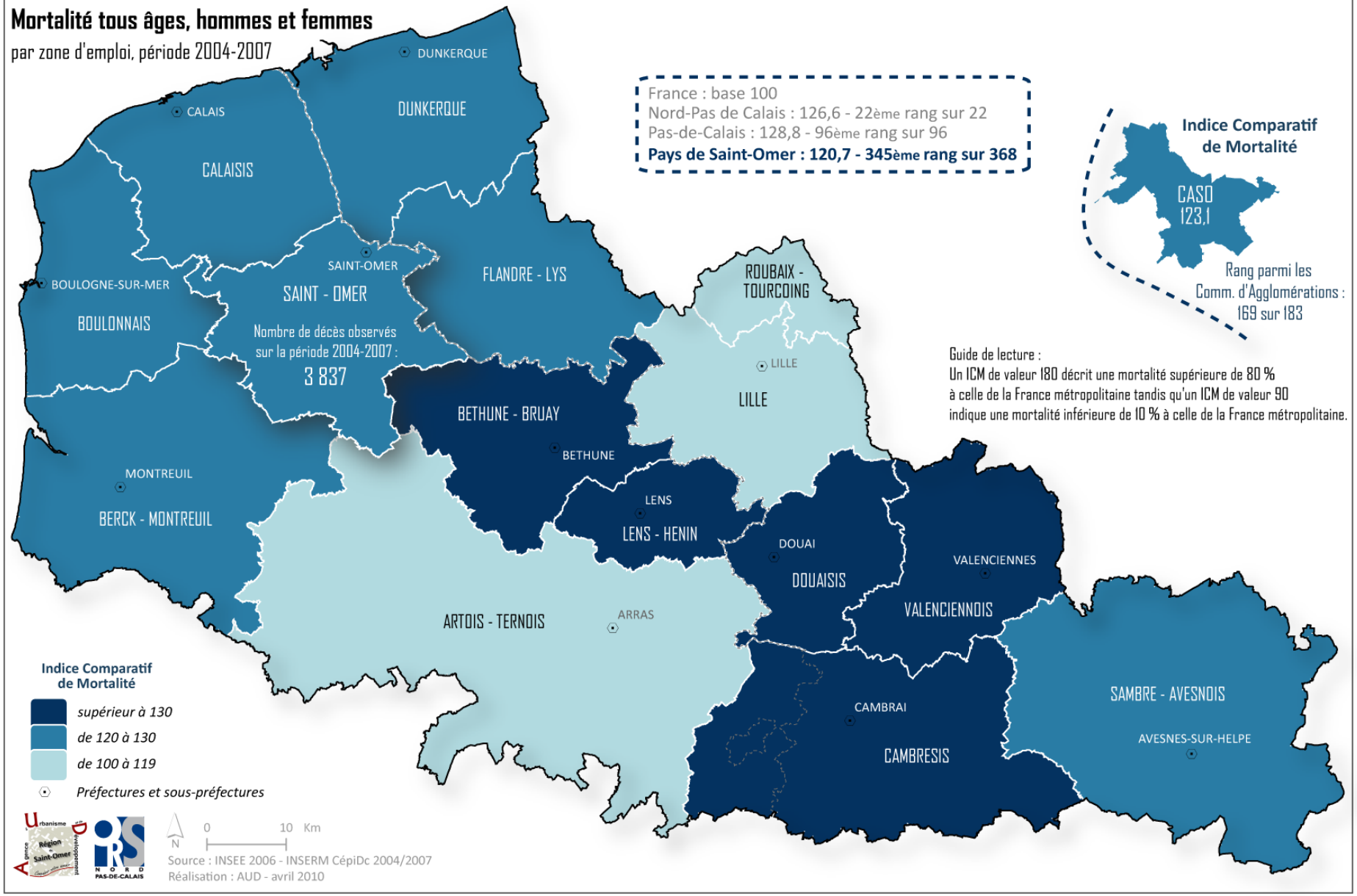
Partenaires associés

Agence d'Urbanisme et de Développement de la région de Saint-Omer.
Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais.
DRASS Nord – Pas-de-Calais, pour la mise à disposition du répertoire ADELI régional.

Mortalité toutes causes - Indice Comparatif de Mortalité (ICM)

Mortalité tous âges, hommes et femmes

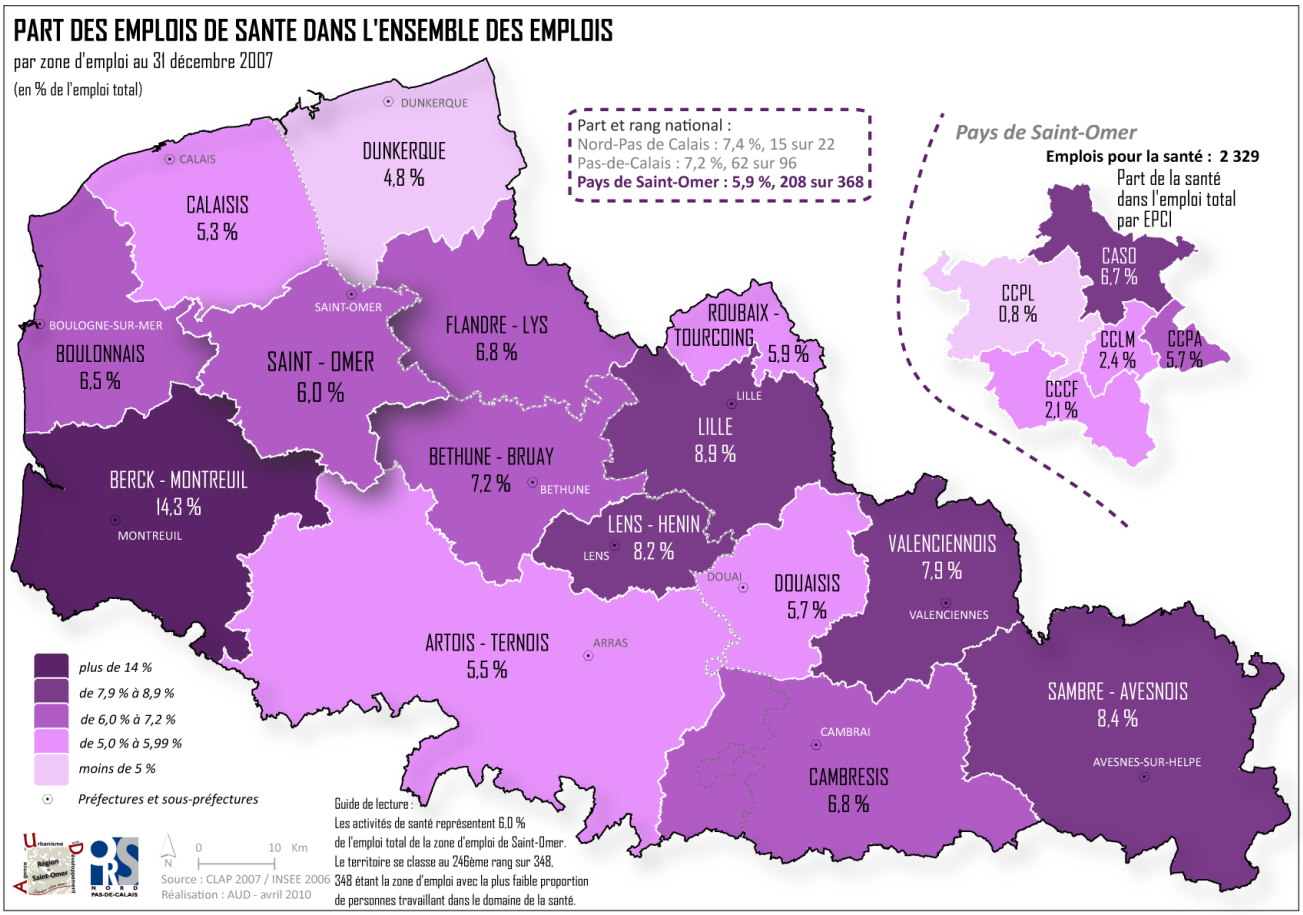
par zone d'emploi, période 2004-2007



France : base 100
Nord-Pas de Calais : 126,6 - 22ème rang sur 22
Pas-de-Calais : 128,8 - 96ème rang sur 96
Pays de Saint-Omer : 120,7 - 345ème rang sur 368

Guide de lecture :
Un ICM de valeur 180 décrit une mortalité supérieure de 80 % à celle de la France métropolitaine tandis qu'un ICM de valeur 90 indique une mortalité inférieure de 10 % à celle de la France métropolitaine.

Source : INSEE 2006 - INSERM CépiDc 2004/2007
Réalisation : AUD - avril 2010


PART DES EMPLOIS DE SANTE DANS L'ENSEMBLE DES EMPLOIS
par zone d'emploi au 31 décembre 2007
(en % de l'emploi total)
Part et rang national :
Nord-Pas de Calais : 7,4 %, 15 sur 22
Pas-de-Calais : 7,2 %, 62 sur 96
Pays de Saint-Omer : 5,9 %, 208 sur 368
Pays de Saint-Omer
Emplois pour la santé : 2 329
Part de la santé dans l'emploi total par EPCI
CASO 6,7 %
CCPL 0,8 %
CCLM 2,4 %
CCPA 5,7 %
CCCF 2,1 %
DUNKERQUE 4,8 %
CALAISIS 5,3 %
BOULONNAIS 6,5 %
SAINT - OMER 6,0 %
FLANDRE - LYS 6,8 %
ROUBAIX - TOURCOING 5,9 %
LILLE 8,9 %
BETHUNE - BRUAY 7,2 %
BERCK - MONTREUIL 14,3 %
LENS - HENIN 8,2 %
DOUAISIS 5,7 %
VALENCIENNOIS 7,9 %
ARTOIS - TERNOIS 5,5 %
CAMBRESIS 6,8 %
SAMBRE - AVESNOIS 8,4 %
DUNKERQUE
CALAIS
SAINT-OMER
BOULOGNE-SUR-MER
LILLE
BETHUNE
MONTREUIL
LENS
DOUAI
VALENCIENNES
ARRAS
CAMBRAI
AVESNES-SUR-HELPE
plus de 14 %
de 7,9 % à 8,9 %
de 6,0 % à 7,2 %
de 5,0 % à 5,99 %
moins de 5 %
Préfectures et sous-préfectures
Guide de lecture :
Les activités de santé représentent 6,0 % de l'emploi total de la zone d'emploi de Saint-Omer.
Le territoire se classe au 246ème rang sur 348.
348 étant la zone d'emploi avec la plus faible proportion de personnes travaillant dans le domaine de la santé.
0 10 Km
N
Source : CLAP 2007 / INSEE 2006
Réalisation : AUD - avril 2010

Mise à jour 2010 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 réactualisé les différents tableaux statistiques par territoires. Ces tableaux recouvrent trois volets :

1. Volet état de santé : Mortalité 2004 – 2007 par causes dans le Nord – Pas-de-Calais.
2. Volet population : État et dynamique (Source INSEE – Recensement de la population 2007).
3. Volet offre de soins : Professionnels de santé (Source INSEE – Recensement de la population 2007 ; Source DREES – Répertoire ADELI 2009).

Objectifs

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

Ainsi, en 2010, l'ORS est en mesure de fournir des indicateurs provenant du recensement 2007 de l'INSEE, des estimations 2009 du nombre de professionnels de santé enregistrés dans le répertoire ADELI fourni par la DREES, des données de mortalité nationales des années 2005 – 2008 directement acquises chaque année par l'ORS auprès du CépiDc.

L'ORS souhaite apporter à l'internaute plus qu'une simple mise à jour.

En effet la plupart des tableaux permettent, dorénavant, pour la majorité des indicateurs, de situer chaque territoire de la région Nord – Pas-de-Calais selon son rang de classement parmi l'ensemble des territoires de France métropolitaine. Ces tableaux 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.

Territoires concernés

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. À cette fin, il s'efforce 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, il s'attache à obtenir les données de la totalité des communes de France métropolitaine.

Ainsi, dans cette optique, a-t-il obtenu des données nationales de différents organismes :

- Données annuelles de mortalité achetées au CépiDc (dernière année : 2008).
- Données annuelles nationales du recensement de la population (année 2007). Ces données sont à la fois téléchargées sur le site de l'INSEE mais font aussi l'objet de commandes spécifiques (produits sur mesure), comme les données portant sur l'activité de la santé.
- Données nationales du répertoire ADELI 2009. Depuis 2010, l'ORS Nord – Pas-de-Calais acquiert auprès de la DREES les données nationales (données 2009).

Principaux résultats

État de santé : Actualisation des tableaux d'indices comparatifs de mortalité (ICM) sur la période 2005 – 2008

Les nouveaux ICM ont été calculés à partir du cumul des décès 2005, 2006, 2007 et 2008, et de la population recensée au milieu de cette période (recensement 2007), 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 2005 – 2008.
2. Mortalité évitable par des actions sur les facteurs de risque individuels dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008.
3. Mortalité évitable par des actions sur le système de soins dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008.
4. Mortalité par cardiopathies ischémiques dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008.
5. Mortalité par maladies de l'appareil respiratoire dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008.
6. Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008.
7. Mortalité par maladies cérébrovasculaires dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008.
8. Mortalité par maladie chronique du foie dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008.
9. Mortalité par tumeurs malignes dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008.
10. Mortalité par tumeur maligne du col de l'utérus dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008.
11. Mortalité par tumeur maligne du côlon dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008.
12. Mortalité par tumeur maligne de l'estomac dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008.
13. Mortalité par tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx, dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008.
14. Mortalité par tumeur maligne du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon, dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008.
15. Mortalité par tumeur maligne de la prostate dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008.
16. Mortalité par tumeur maligne de l'œsophage dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008.
17. Mortalité par tumeur maligne du sein dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008.
18. Mortalité par abus d'alcool (y compris psychose alcoolique) dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008.
19. Mortalité par accidents de la circulation dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008.
20. Mortalité par diabète sucré dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008.
21. Mortalité par suicides dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008.

Exemple de sortie Excel des tableaux des ICM 2005 – 2008 par zones géographiques de la Région

CIM 10 : A00-Y89 - Toutes causes 2005 - 2008		Mortalité tous âges Hommes							Mortalité tous âges Femmes						
Zone	Nom de la zone géographique	Territoire classé juste avant	Territoire classé juste après	Nombre de décès observés cumulés	ICM (France=100) IC inf	ICM	IC sup	Rang (2)	Territoire classé juste avant	Territoire classé juste après	Nombre de décès observés cumulés	ICM (France=100) IC inf	ICM	IC sup	Rang (2)
RÉGION	Nord-Pas-de-Calais	Picardie (ICM=115,3)	Nord-Pas-de-Calais (ICM=131,3)	74 119	130,3	131,3 ***	132,2	22 sur 22	Picardie (ICM=117,2)	Nord-Pas-de-Calais (ICM=123,1)	68 882	122,2	123,1 ***	124,1	22 sur 22
DÉPARTEMENT	Nord	Aisne (ICM=122,8)	Pas-de-Calais (ICM=134,6)	45 323	128,0	129,2 ***	130,4	95 sur 96	Aisne (ICM=121,7)	Pas-de-Calais (ICM=124,6)	41 947	121,0	122,2 ***	123,4	95 sur 96
	Pas-de-Calais	Nord (ICM=129,2)	Pas-de-Calais (ICM=134,6)	28 796	133,1	134,6 ***	136,2	96 sur 96	Nord (ICM=122,2)	Pas-de-Calais (ICM=124,6)	26 935	123,2	124,6 ***	126,1	96 sur 96
COMMUNAUTÉ D'AGGLOMÉRATION ET COMMUNAUTÉ URBAINE (1)	CA Maubeuge Val de la Sambre	CA de la Région Dieppoise (HNO) (ICM=130,8)	CA de Saint Omer (NPC) (ICM=135,4)	1 887	127,6	133,6 ***	139,7	173 sur 183	CA du Douaisis (NPC) (ICM=128,7)	CA de Lens - Liévin (NPC) (ICM=129,0)	1 657	122,6	128,7 ***	135,1	175 sur 183
	CA d'Hénin Carvin	CA de Valenciennes Métropole (NPC) (ICM=139,2)	CA de l'Artois (NPC) (ICM=145,5)	2 414	137,8	143,5 ***	149,3	179 sur 183	CA de la Porte du Hainaut (NPC) (ICM=132,7)	CA d'Hénin Carvin (NPC) (ICM=133,4)	2 249	127,9	133,4 ***	139,0	183 sur 183
	CA de Cambrai	CA du Calaisis (NPC) (ICM=135,8)	CU de Dunkerque Grand Littoral (NPC) (ICM=138,0)	1 365	130,0	137,2 ***	144,7	176 sur 183	CA de Forbach - Porte de France (LOR) (ICM=132,0)	CA de Saint Quentin (PIC) (ICM=132,6)	1 295	125,3	132,4 ***	139,8	180 sur 183
	CA de Lens - Liévin	CA du Boulonnais (NPC) (ICM=145,8)	CA de la Porte du Hainaut (NPC) (ICM=153,1)	5 085	148,1	152,3 ***	156,5	182 sur 183	CA Maubeuge Val de la Sambre (NPC) (ICM=128,7)	CA du Boulonnais (NPC) (ICM=130,4)	4 826	125,4	129,0 ***	132,7	176 sur 183
	CA de Saint Omer	CA Maubeuge Val de la Sambre (NPC) (ICM=133,6)	CA du Calaisis (NPC) (ICM=135,8)	1 211	127,9	135,4 ***	143,2	174 sur 183	CA du Calaisis (NPC) (ICM=114,7)	CA Seine - Eure (HNO) (ICM=118,1)	987	109,4	116,6 ***	124,1	166 sur 183
	CA de Valenciennes Métropole	CU de Dunkerque Grand Littoral (NPC) (ICM=138,0)	CA d'Hénin Carvin (NPC) (ICM=143,5)	3 720	134,8	139,2 ***	143,8	178 sur 183	CA du Boulonnais (NPC) (ICM=130,4)	CA de Forbach - Porte de France (LOR) (ICM=132,0)	3 517	127,3	131,6 ***	136,0	178 sur 183
	CA de l'Artois	CA d'Hénin Carvin (NPC) (ICM=143,5)	CA du Boulonnais (NPC) (ICM=145,8)	4 356	141,2	145,5 ***	149,9	180 sur 183	CA de Sarreguemines Confluences (LOR et ALS) (ICM=124,8)	CA du Douaisis (NPC) (ICM=128,7)	4 245	122,7	126,4 ***	130,3	173 sur 183
	CA de la Porte du Hainaut	CA de Lens - Liévin (NPC) (ICM=152,3)	CA de la Porte du Hainaut (NPC) (ICM=153,1)	3 211	147,8	153,1 ***	158,4	183 sur 183	CA de Saint Quentin (PIC) (ICM=132,6)	CA d'Hénin Carvin (NPC) (ICM=133,4)	2 821	127,8	132,7 ***	137,7	182 sur 183
	CA du Boulonnais	CA de l'Artois (NPC) (ICM=145,5)	CA de Lens - Liévin (NPC) (ICM=152,3)	2 412	140,0	145,8 ***	151,7	181 sur 183	CA de Lens - Liévin (NPC) (ICM=129,0)	CA de Valenciennes Métropole (NPC) (ICM=131,6)	2 326	125,1	130,4 ***	135,8	177 sur 183
	CA du Calaisis	CA de Saint Omer (NPC) (ICM=135,4)	CA de Cambrai (NPC) (ICM=137,2)	1 753	129,6	135,8 ***	142,4	175 sur 183	CA Portes de France-Thionville (LOR) (ICM=113,4)	CA de Saint Omer (NPC) (ICM=116,6)	1 517	109,0	114,7 ***	120,7	165 sur 183
	CA du Douaisis	CA Seine - Eure (HNO) (ICM=130,4)	CA de la Région Dieppoise (HNO) (ICM=130,8)	3 032	126,2	130,8 ***	135,6	171 sur 183	CA de l'Artois (NPC) (ICM=126,4)	CA Maubeuge Val de la Sambre (NPC) (ICM=128,7)	2 923	124,1	128,7 ***	133,4	174 sur 183
	CU d'Arras	CA du Pays de Lorient (BRE) (ICM=115,1)	CA de Saint Malo Agglomeraion (BRE) (ICM=115,9)	1 616	110,1	115,7 ***	121,5	158 sur 183	CA de Charleville-Mézières Cour d'Ardenne (CHA) (ICM=111,9)	CU de Lille Métropole (NPC) (ICM=113,4)	1 553	106,4	111,9 ***	117,6	162 sur 183
	CU de Dunkerque Grand Littoral	CA de Cambrai (NPC) (ICM=137,2)	CA de Valenciennes Métropole (NPC) (ICM=139,2)	3 663	133,6	138,0 ***	142,5	177 sur 183	CA du Val de Fensch (LOR) (ICM=120,8)	CA de Sarreguemines Confluences (LOR et ALS) (ICM=124,8)	3 108	116,8	121,0 ***	125,3	171 sur 183
	CU de Lille Métropole	CA de Charleville-Mézières Cour d'Ardenne (CHA) (ICM=111,9)	CA du Soissonais (PIC) (ICM=123,9)	16 949	119,8	121,7 ***	123,5	167 sur 183	CU d'Arras (NPC) (ICM=111,9)	CA Portes de France-Thionville (LOR) (ICM=113,4)	15 865	111,6	113,4 ***	115,2	163 sur 183
PAYS (1)	7 Vallées	Chaunois (PIC) (ICM=132,4)	Sambre-Avesnois (NPC) (ICM=133,6)	974	124,3	132,5 ***	141,1	365 sur 368	Cambrésis (NPC) (ICM=134,9)	Paillons (PAC) (ICM=152,5)	907	131,1	140,1 ***	149,5	367 sur 368
	Artois	Brie et Champagne (CHA) (ICM=117,2)	Brest (BRE) (ICM=117,4)	3 742	113,6	117,3 ***	121,1	322 sur 368	Grand Sancy (AUV) (ICM=118,7)	Berry Saint-Amandois (CTR) (ICM=119,0)	3 469	115,0	118,9 ***	123,0	338 sur 368
	Boulonnais	Cambrésis (NPC) (ICM=138,1)	Boulonnais (NPC) (ICM=138,4)	3 219	133,6	138,4 ***	143,3	368 sur 368	Chaunois (PIC) (ICM=129,7)	Trois Vallées (CHA) (ICM=130,6)	3 059	125,5	130,1 ***	134,8	361 sur 368
	Calaisis	Sedanais (CHA) (ICM=131,1)	Chaunois (PIC) (ICM=132,4)	2 774	126,8	131,7 ***	136,7	363 sur 368	Moulins de Flandre (NPC) (ICM=122,0)	Plateau de Caux Maritime (HNO) (ICM=122,5)	2 504	117,4	122,1 ***	127,0	348 sur 368
	Cambrésis	Sambre-Avesnois (NPC) (ICM=133,6)	Boulonnais (NPC) (ICM=138,4)	3 352	133,4	138,1 ***	142,8	367 sur 368	Saint-Quentinois (PIC) (ICM=131,7)	7 Vallées (NPC) (ICM=140,1)	3 143	130,2	134,9 ***	139,7	366 sur 368
	Coeur de Flandre	Trois Cantons (CHA) (ICM=120,8)	Soissonnais (PIC) (ICM=121,1)	2 200	115,8	120,8 ***	126,0	341 sur 368	Trois Vallées (CHA) (ICM=130,6)	Santerre - Haute Somme (PIC) (ICM=131,4)	2 212	125,3	130,7 ***	136,3	363 sur 368
	La Lys Romane	Guingamp (BRE) (ICM=125,8)	Saulnois (LOR) (ICM=127,8)	1 043	119,8	127,4 ***	135,4	358 sur 368	Verdun (LOR) (ICM=117,6)	Pévèlois (NPC) (ICM=118,3)	918	110,8	118,3 ***	126,2	334 sur 368
	Maritime et Rural du Montreuillois	Soissonnais (PIC) (ICM=121,1)	Vallées de Meuse et Semoy (CHA) (ICM=121,6)	1 585	115,3	121,2 ***	127,4	343 sur 368	Loudunais (PCH) (ICM=110,5)	Caux-Vallée de Seine (HNO) (ICM=110,7)	1 406	104,9	110,6 ***	116,6	286 sur 368
	Moulins de Flandre	Saint-Quentinois (PIC) (ICM=128,7)	Sedanais (CHA) (ICM=131,1)	1 239	123,6	130,7 ***	138,2	361 sur 368	Sedanais (CHA) (ICM=121,9)	Calaisis (NPC) (ICM=122,1)	1 077	114,9	122,0 ***	129,6	347 sur 368
	Pévèlois	Alençon (BNO et PLO) (ICM=102,9)	Châlons (CHA) (ICM=103,0)	1 198	97,2	103,0 ns	109,0	175 sur 368	La Lys Romane (NPC) (ICM=118,3)	Puisaye Forterre (BOU) (ICM=118,4)	1 192	111,7	118,3 ***	125,2	335 sur 368
	Saint-Omer	Santerre - Haute Somme (PIC) (ICM=125,6)	Guingamp (BRE) (ICM=125,8)	2 151	120,5	125,7 ***	131,2	356 sur 368	Trois Vallées (80) (PIC) (ICM=119,5)	Trois Cantons (CHA) (ICM=120,0)	1 876	114,3	119,7 ***	125,2	341 sur 368
	Sambre-Avesnois	7 Vallées (NPC) (ICM=132,5)	Cambrésis (NPC) (ICM=138,1)	4 720	129,8	133,6 ***	137,5	366 sur 368	Plateau de Caux Maritime (HNO) (ICM=122,5)	Seine en Plaine Champenoise (CHA) (ICM=125,2)	4 145	121,0	124,7 ***	128,6	350 sur 368
	Ternois	Vallées de Meuse et Semoy (CHA) (ICM=121,6)	Pontivy (BRE) (ICM=122,0)	853	113,8	121,8 ***	130,3	345 sur 368	Grand Amiénois (PIC) (ICM=115,7)	Issoire Val d'Allier Sud (AUV) (ICM=115,8)	829	108,0	115,7 ***	123,9	323 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

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

(1) : Découpages territoriaux de 2009

(2) : De l'ICM le plus faible à l'ICM le plus élevé

Alsace (ALS), Aquitaine (AQU), Auvergne (AUV), Basse-Normandie (BNO), Bourgogne (BOU), Bretagne (BRE), Centre (CTR), Champagne-Ardenne (CHA), Corse (COR), Franche-Comté (FCM), Haute-Normandie (HNO), Île-de-France (IDF), Languedoc-Roussillon (LRO), Limousin (LIM), Lorraine (LOR), Midi-Pyrénées (MPY), Nord-Pas-de-Calais (NPC), Pays de la Loire (PLO), Picardie (PIC), Poitou-Charentes (PCH), Provence-Alpes-Côte d'Azur (PAC), Rhône-Alpes (RHA).

Mise à jour des indicateurs statistiques de mortalité du site de l'ORS Nord – Pas-de-Calais : Évolution des taux comparatifs de mortalité entre 1980 et 2005

Contexte

Dans le cadre de la mise à jour des indicateurs du site de l'ORS, nous avons actualisé les statistiques présentant la comparaison de l'évolution de la mortalité entre la Région, ses deux départements et la France métropolitaine.

Objectifs

Le but est de permettre à l'internaute de suivre l'évolution annuelle de la mortalité régionale depuis 1980, et de la comparer à celle de la France pour plusieurs causes de décès grâce à des tableaux statistiques et des graphiques de courbes d'évolution de la mortalité.

Méthode

Les taux bruts de mortalité sont sensibles aux variations de la structure par âge des populations, ce qui ne permet pas de les comparer dans le temps et l'espace.

C'est pourquoi nous avons standardisé les taux annuels de mortalité par l'âge, suivant la méthode directe (appelée aussi standardisation par la population-type). Elle consiste à calculer le taux de mortalité de plusieurs populations en utilisant une structure par âge commune. Notre choix s'est porté sur la population standard européenne de l'OMS, parce qu'elle s'avère fiable, reconnue et communément utilisée par d'autres organismes ou chercheurs. Les populations utilisées dans le calcul des taux sont les estimations de population de l'INSEE donnant les effectifs régionaux et départementaux par âge et sexe au premier janvier de chaque année.

Afin de dégager les tendances principales de l'évolution de la mortalité, nous avons atténué les fluctuations annuelles de la mortalité en lissant les taux comparatifs, trop instables d'une année sur l'autre, selon le principe de la moyenne mobile centrée sur trois années. Ainsi, le premier taux de la série chronologique est calculé à partir du nombre de décès moyens des années 1979, 1980 et 1981, et centré sur 1980. Le taux suivant (1981) est calculé sur la moyenne des décès des années 1980, 1981 et 1982... et ainsi de suite chaque année.

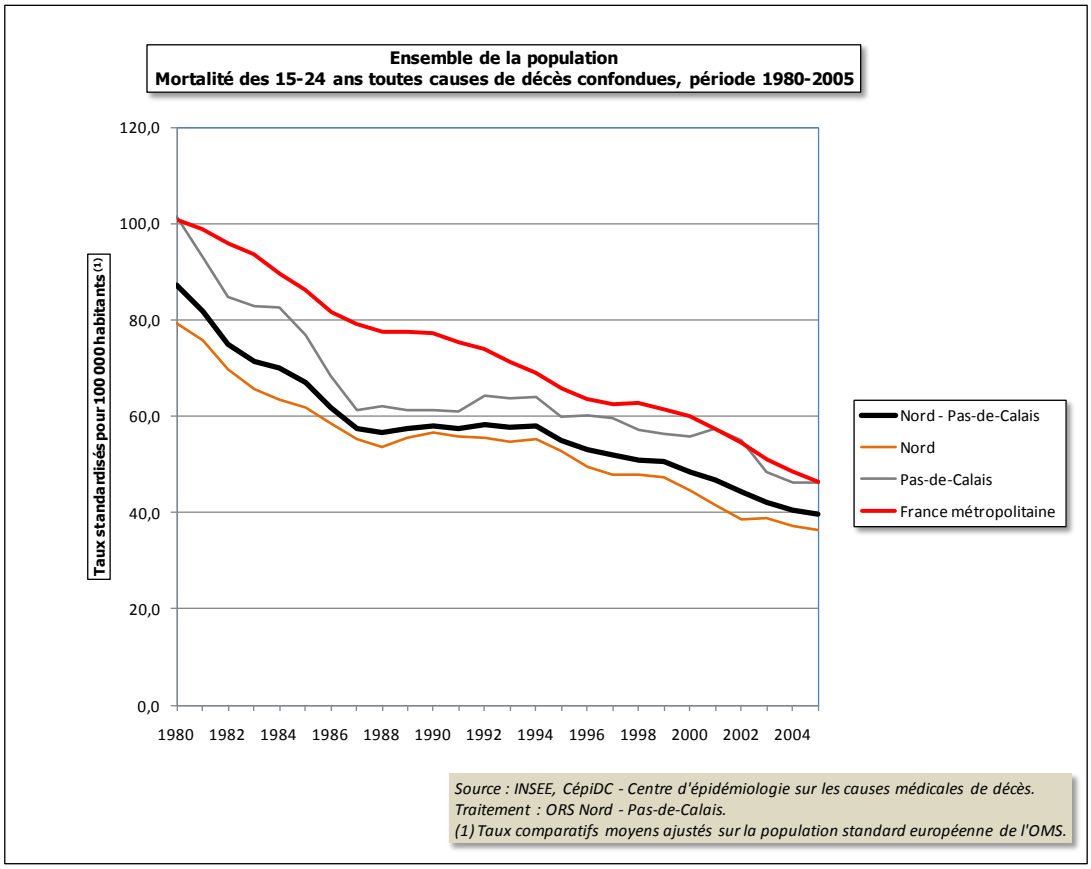
Résultats

La période d'observation a été prolongée jusqu'en 2005, couvrant ainsi 25 années d'observation (1980 – 2005). Par ailleurs, l'ORS a ajouté à la liste des tableaux et graphiques déjà présentés sur son site, la mortalité toutes causes et tous sexes confondus, déclinée en cinq groupes d'âge (0-14 ans, 15-24 ans, 25-44 ans, 45-64 ans et 65 ans ou plus), ainsi que la mortalité tous sexes confondus due aux suicides et aux accidents de la circulation.

Ensemble de la population – Mortalité des 15-24 ans toutes causes de mortalité confondues, période 1980 – 2005

Année	Nord - Pas-de-Calais	Nord	Pas-de-Calais	France métropolitaine
1980	87,1	79,3	101,5	100,8
1981	81,8	75,7	93,1	98,9
1982	74,9	69,7	84,7	95,7
1983	71,5	65,5	82,8	93,5
1984	70,1	63,5	82,5	89,6
1985	67,0	61,9	76,8	86,2
1986	61,8	58,4	68,2	81,5
1987	57,4	55,4	61,4	79,2
1988	56,5	53,6	62,2	77,5
1989	57,5	55,6	61,2	77,6
1990	58,1	56,5	61,3	77,2
1991	57,4	55,7	60,9	75,4
1992	58,3	55,5	64,1	74,1
1993	57,7	54,8	63,7	71,2
1994	58,1	55,2	64,0	69,0
1995	55,1	52,7	59,8	65,7
1996	53,1	49,5	60,2	63,5
1997	51,8	48,0	59,5	62,5
1998	51,0	47,9	57,0	62,6
1999	50,5	47,4	56,4	61,5
2000	48,4	44,7	55,8	60,1
2001	46,8	41,5	57,4	57,3
2002	44,2	38,7	54,9	54,7
2003	42,1	38,8	48,5	50,9
2004	40,4	37,3	46,3	48,4
2005	39,7	36,3	46,2	46,3

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



Territoires concernés

Région Nord – Pas-de-Calais – Départements du Nord et du Pas-de-Calais, France métropolitaine.

Partenariat ORS Nord – Pas-de-Calais / Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examens de Santé

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'Examens de Santé) ont établi un partenariat visant à exploiter au niveau infrarégional les données des Centres d'Examens 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…).

Plus spécifiquement, il s'agissait d'étudier 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 disponibles rassemble les consultants des Centres d'Examens 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 %).

Les traitements de la mortalité par « codpostauxbis » ont été comparés 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) ont été également calculés sur la base du recensement de 2006.

Afin d'étudier la relation entre la mortalité et les différents indices de défaveur sociale (EPICES, Townsend et Carstairs), le SMR de plusieurs causes de décès a été calculé par quintiles de précarité au niveau régional.

Principaux résultats

L'étude de la corrélation entre la mortalité et la précarité dans le Nord – Pas-de-Calais a été présentée au 12ème Congrès National des ORS[8]

Elle a montré :

- une forte corrélation du score EPICES avec les indices de Townsend et de Carstairs (Cf. tableau « Corrélation entre les indices de précarité ») ;
- un gradient continu entre les indices (EPICES, Townsend et Carstairs), la morbidité et de nombreuses causes de décès (Cf. tableau « Corrélations précarité et données de santé » et graphique page 60).

Perspectives d'analyse 2011 : Application de modèles multi-niveaux

L'approche par modèle multi-niveau permettra de mesurer l'importance des facteurs individuels et des facteurs contextuels dans l'étude des inégalités de santé.

---

[8] *E. Labbe[1], G. Poirier [2], J.J. Moulin[1], C. Sass[1], R. Rioual[1], O. Lacoste [2], L. Gerbaud[3].* Inégalités sociales de santé dans le Nord – Pas-de-Calais. Relations entre des indices de précarité et la mortalité. 12ème Congrès National des ORS, 9 et 10 Novembre 2010, Lyon.
[1] *CETAF (Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examens de Santé), Saint Etienne.*
[2] *ORS Nord – Pas-de-Calais, Loos.*
[3] *CHU, Clermont-Ferrand.*

Corrélation entre les indices de précarité (EPICES, Townsend, Carstairs)

Indices de précarité	Score EPICES	Townsend	Carstairs
Score EPICES	1	0,81**	0,84**
Townsend	0,81**	1	0,95**
Cartairs	0,84**	0,95**	1

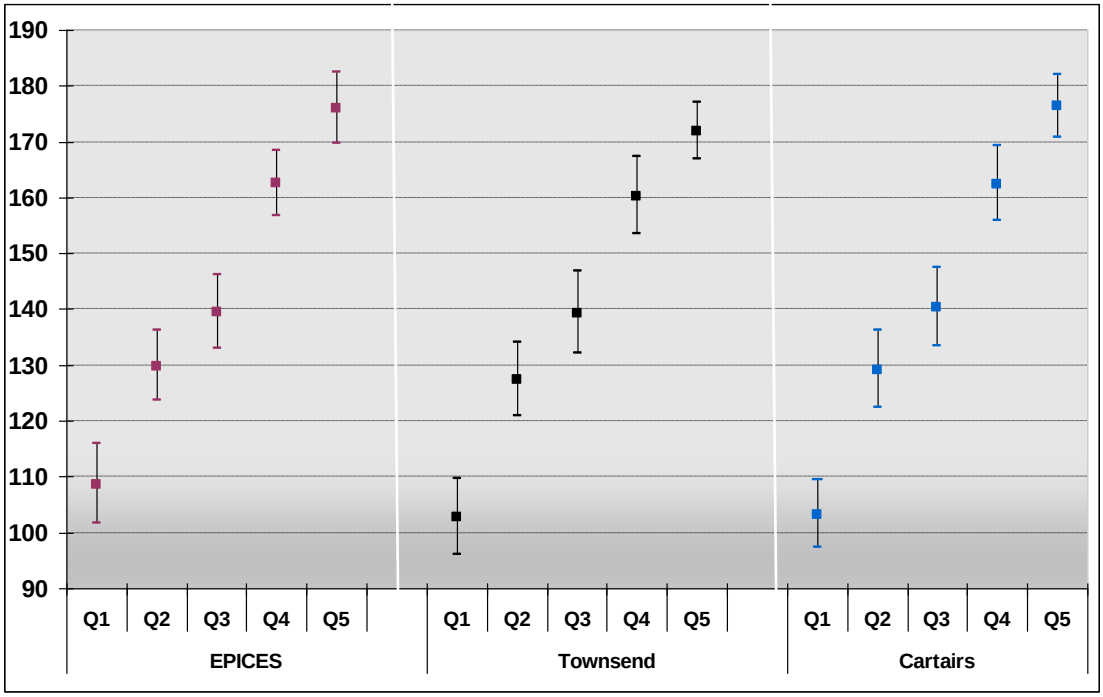
Source : CETAF / ORS Nord – Pas-de-Calais, présentation au 12ème Congrès National des ORS, Lyon.
*** $p < 10^{-5}$*

Corrélations Précarité et données de santé

Indicateurs de santé	Score EPICES	Townsend	Carstairs
Sans diplôme	0,79**	0,58**	0,68**
Obésité	0,58**	0,36**	0,47**
Santé perçue < 7/10	0,79**	0,56**	0,63**
Non recours au médecin	0,55**	0,50**	0,50**
Non recours au dentiste	0,73**	0,53**	0,61**
>= 1 carie dentaire non soignée	0,72**	0,64**	0,66**
Non suivi gynécologique	0,64**	0,60**	0,66**
Fumeur	0,71**	0,59**	0,62**
Fumeur >= 15 cig. / jour)	0,78**	0,61**	0,65**

Source : CETAF / ORS Nord – Pas-de-Calais, présentation au 12ème Congrès National des ORS, Lyon.
*** $p < 10^{-5}$*

SMR et IC 95 %, Causes évitables par des actions sur les facteurs de risque individuels(1), Hommes, N = 17 220 décès période 2004 – 2007, région Nord – Pas-de-Calais



Source : CETAF /ORS Nord – Pas-de-Calais, présentation au 12ème Congrès National des ORS, Lyon.
*** $p < 10^{-5}$*
(1) Sida, cancers des VADS (lèvres, cavité buccale, pharynx, larynx, œsophage), cancers de la trachée, des bronches et du poumon, psychose alcoolique et alcoolisme, cirrhose alcoolique ou sans précision du foie, accidents de la circulation, chutes accidentelles, suicides.

Territoires concernés

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

Partenaires associés

CETAF.

Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais.

ORS 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 postindustrielles 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 afin de lui permettre de produire un 50/51° Nord sur cette thématique.

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

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).

Par la suite 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.

Résultats

En 2009, la majorité des éléments statistiques demandés par le GCPH a été adressée au GCPH.

En 2010, le GCPH a réalisé la première version du rapport sur l'analyse comparative des données de la région Nord – Pas-de-Calais avec celles de l'ouest de l'Écosse (*Health and its determinants in the West of Scotland and Nord-Pas-de-Calais : a regional comparison)*.

En octobre de cette même année, à la demande du GCPH, l'ORS Nord – Pas-de-Calais a assuré le contrôle des résultats de ce rapport intermédiaire concernant le Nord – Pas-de-Calais, avant la publication de sa version finale prévue fin 2010.

Projets 2011

En 2011, le GCPH souhaite organiser un symposium/séminaire à Glasgow et, parallèlement, une réunion entre les différents partenaires impliqués dans le projet, afin de discuter de la publication d'un article et d'envisager la mise en œuvre de nouvelles analyses au regard d'autres orientations de recherche.

Territoires concernés

L'ensemble des indicateurs du Nord – Pas-de-Calais ont été calculés 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.

GCPH (Glasgow Centre for Population Health).

Étude concernant les délais de prise en charge des cancers

(journée d'échanges INCA/RRC[9]) 25 juin 2010 à l'INCA (Boulogne-Billancourt)

Contexte

Action 19.4 du plan cancer 2009-2013, laquelle vise à soutenir des études sur les délais de prise en charge des cancers dans plusieurs régions.

Objectifs

- Réaliser un état des lieux objectif des délais de prise en charge des quatre cancers les plus fréquents (Sein, Colorectal, Prostate, Poumon), dans plusieurs régions.
- Analyser l'impact du **dispositif des autorisations** sur **l'accessibilité aux soins** et mettre en évidence, dans ce contexte, des **inégalités d'accès aux soins**.
- Identifier les **freins** et **retards** et **proposer des pistes d'amélioration**.

Méthode utilisée

Principes méthodologiques

La méthodologie est en cours d'élaboration (INCA et FNORS

La fiche de recueil comprendra :

- les caractéristiques du patient ;
- la description de la maladie et les parcours de soins avec délais à mesurer ;
- les caractéristiques de l'établissement de santé et organisation de la prise en charge ;
- l'accessibilité géographique au système de soins.

a) Pré-test avant lancement de l'étude :
   - Recueil fait par les RRC avec appui qualité de la FNORS (recueil auprès des établissements de santé, à partir de fiches RCP, dossier médical, modalités du recueil à préciser).
   - Analyse conjointe INCA-FNORS

Territoires concernés

France entière et région Nord – Pas-de-Calais.

Principaux résultats

Étude de la faisabilité, réalisée sur deux sites (les résultats du rapport du pré-test seront rendus avant le début de l'étude, le 11 février 2011).

Partenaires associés

Pilotages et partenariats

- Pilotage par l'INCA avec l'appui des RRC.
- Partenariat avec la FNORS.
- Coordination régionale des réseaux de cancérologie.

[9] RRC : Réseau Régional de Cancérologie.

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 diverses

Conseil scientifique de l'IRDES ;
Conseil scientifique du Projet régional de santé (ARS) ;
Conseil scientifique et participation au 12ème Congrès des Observatoires Régionaux de la Santé à Lyon : *Territoires et Santé des populations ;*
Groupement régional de promotion de la santé ;
Comité départemental (nord) de lutte contre la délinquance ;
Commission régionale sur la Naissance.

Autres collaborations et participations :

- ✓ Agence régionale de santé Nord – Pas-de-Calais ;
- ✓ Sous-préfecture de Montreuil sur Mer ;
- ✓ Faculté de médecine Lille 2 ;
- ✓ Faculté des Sciences Juridiques Politiques et Sociales Université de Lille 2 ;
- ✓ Conférence régionale de santé (droit des usagers) ;
- ✓ Université de New-York (Etude sur les hospitalisations évitables, Pr Victor Rodwyn ;
- ✓ Collège régional de prospective ;
- ✓ Hautes études régionales ;
- ✓ Syndicat mixte de la Côte d'Opale ;
- ✓ URMEL ;
- ✓ ANHAC ;
- ✓ Caisse d'Allocation familiale de Lille ;
- ✓ CISS ;
- ✓ CIRM ;
- ✓ CREAI ;
- ✓ Coordination régionale des réseaux de cancérologie ;
- ✓ CREAI ;
- ✓ APPA ;
- ✓ ANPAA ;
- ✓ UDAPEI, Nord ;
- ✓ Communauté d'agglomération du Havre ;
- ✓ Presse écrite et audiovisuelle régionale et nationale :
  - France 3 ;
  - La Voix du Nord ;
  - Nord Eclair ;
  - Weo ;
  - Norway ;
  - Radio Horizon ;

Demandes spécifiques de statistiques réalisées en 2010

Parmi ses missions, l'Observatoire Régional de la Santé se doit de « *réunir toute information relative à la santé et ses déterminants dans la région et d'en faire part à toute personne qui en fera la demande* ».
Dans ce cadre, l'ORS réalise pour différents organismes le calcul d'indicateurs statistiques portant sur de multiples domaines (mortalité, incidence des maladies, démographie médicale, population) correspondant à leur territoire d'analyse et d'action.
Souhaitant répondre au mieux aux besoins spécifiques de chacun, les indicateurs sont calculés à partir des données de mortalité récentes, régulièrement réactualisées.

Organismes demandeurs en 2010

Agence régionale de la santé Nord – Pas-de-Calais

Première demande :

Dans le cadre de la coordination du Programme Territorial de Santé du Valenciennois, l'Agence Régionale de la Santé Nord Pas-de-Calais a demandé à l'ORS Nord – Pas-de-Calais le calcul d'Indices comparatifs de mortalité tous âges et prématurée pour l'arrondissement de Valenciennes

Causes de décès prises en compte :

1. CIM 10 : A00-Y89 - Toutes causes
2. CIM 10 : C00-C14 - Tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx
3. CIM 10 : C00-C97 - Tumeurs malignes
4. CIM 10 : C15 - Tumeur maligne de l'œsophage
5. CIM 10 : C16 - Tumeur maligne de l'estomac
6. CIM 10 : C18 - Tumeur maligne du côlon
7. CIM 10 : C32-C34 - Tumeur maligne du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon
8. CIM 10 : C50 - Tumeur maligne du sein
9. CIM 10 : C53 - Tumeur maligne du col de l'utérus
10. CIM 10 : C61 - Tumeur maligne de la prostate
11. CIM 10 : E10-E14 - Diabète sucré
12. CIM 10 : F10 - Abus d'alcool (y compris psychose alcoolique)
13. CIM 10 : I00-I99 - VII. Maladies de l'appareil circulatoire
14. CIM 10 : I20-I25 - Cardiopathies ischémiques
15. CIM 10 : I60-I69 - Maladies cérébrovasculaires
16. CIM 10 : J00-J99 - VIII. Maladies de l'appareil respiratoire
17. CIM 10 : K70, K73-K74 - Maladie chronique du foie
18. CIM 10 : X60-X84 - Suicides
19. Mortalité évitable par des actions sur le système de soins
20. Mortalité évitable par des actions sur les facteurs de risque individuel.

Remise à jour des tableaux ICM tous âges et prématurés sur la période 2004-2007 par zones de proximité (provisoires) de l'ARS Nord – Pas-de-Calais.

Causes de décès prises en compte :

1. CIM 10 : C00-C97 - Tumeurs malignes
2. CIM 10 : C00-C14 - Tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx
3. CIM 10 : C15 - Tumeur maligne de l'œsophage
4. CIM 10 : C32-C34 - Tumeur maligne du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon
5. CIM 10 : F10 - Abus d'alcool (y compris psychose alcoolique)
6. CIM 10 : I20-I25 - Cardiopathies ischémiques
7. CIM 10 : I60-I69 - Maladies cérébrovasculaires
8. CIM 10 : J40-J47 - Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures
9. CIM 10 : K70, K73-K74 - Maladie chronique du foie
10. Mortalité liée au tabagisme
11. Mortalité liée à l'alcoolisme

INSEE Nord – Pas-de-Calais

Calcul d'indices comparatifs de mortalité 2004-2007 de vingt et une causes de décès selon le découpage territorial du Schémas de cohérence territoriale (Scot) et des Parcs naturels régionaux (PNR) du Nord-Pas-de-Calais.

Les causes de mortalité suivantes ont été retenues :

1. Toutes causes
2. Accidents de la circulation
3. Mortalité évitable par des actions sur le système de soins
4. Mortalité évitable par des actions sur les facteurs de risque individuel
5. Tumeurs malignes
6. Tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx
7. Tumeur maligne de l'œsophage
8. Tumeur maligne de l'estomac
9. Tumeur maligne du côlon
10. Tumeur maligne du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon des bronches et du poumon
11. Tumeur maligne du sein
12. Tumeur maligne du col de l'utérus
13. Tumeur maligne de la prostate
14. Diabète sucré
15. Abus d'alcool (y compris psychose alcoolique)
16. Maladies de l'appareil circulatoire
17. Cardiopathies ischémiques
18. Maladies cérébro vasculaires
19. Maladies de l'appareil respiratoire
20. Maladie chronique du foie
21. Suicides

Ces données ont permis la mise à jour *du Tableau de bord des territoires de la région Nord-Pas-de-Calais*, à laquelle l'Observatoire Régional de la Santé a participé.

http://www.insee.fr/fr/regions/nord-pas-de-calais/default.asp?page=themes/tableau_de_bord/TB.htm

Association Cèdre bleu

Première demande : Calcul d'indices comparatifs de mortalité sur la période 2004-2007 par zone de proximité portant sur les décès liés au tabagisme et à la consommation excessive d'alcool.

Les décès associés au tabagisme regroupent les 7 causes de mortalité suivantes :

1. Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du Pharynx
2. Tumeur maligne de l'œsophage
3. Tumeur maligne du larynx
4. Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon
5. Cardiopathies ischémiques
6. Maladies vasculaires cérébrales
7. Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives

Les décès liés à l'alcoolisme regroupent les 4 causes de mortalité suivantes :

1. Tumeur maligne de l'œsophage
2. Tumeur maligne du larynx"
3. Psychose alcoolique et alcoolisme
4. Cirrhose alcoolique ou s.p. du foie

L'ORS a produit un tableau présentant les causes enregistrées dans la seconde partie du certificat de décès listant les pathologies ayant contribuées mais sans le provoquer le décès de l'individu.

La population prise en compte correspond aux 1 074 personnes domiciliées dans le Nord – Pas-de-Calais dont la cause initiale de décès enregistrée en 2007 correspond au chapitre V de la CIM 10 intitulée «Troubles mentaux et du comportement»

ORS Champagne-Ardennes (ORSCA)

Calcule du nombre d'hospitalisations en 2007 et 2008 d'hommes et de femmes âgées de 65 ans ou plus dans le Nord et le Pas-de-Calais. Ces résultats s'appuient sur des données régionales du PMSI 2007 et 2008 transmise par la FNORS.

MSA 59-62

Production d'une *fiche territoire* spécifique à la Communauté de communes du Pays d'Heuchin en vue de la création d'une maison de santé sur ce territoire.

Le service d'étude de la MSA 59-62 a sollicité l'ORS Nord – Pas-de-Calais afin d'obtenir différents indicateurs statistiques sur la population, et la démographie médicale de ce territoire.

Rédaction d'articles et participations

Une lecture de l'ouvrage « L'égalité c'est la santé ». www.elserevue.fr

Pertinentes… impertinences. www.elserevue.fr

Des observations sur les inégalités des chances et la santé. www.elserevue.fr

Une enquête sur les besoins locaux de santé ; www.elserevue.fr.

02/2011

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

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