

Rapport d'activité

Année 2011

Rapport d'activité

Année 2011

Sommaire

Réunion des instances	9
Conseil d'administration	9
Assemblée générale	9
Activité de gestion	10
Ressources humaines	10
Trésorerie	10
Le GIE Groupement Régional de Promotion de la Santé	10
Activités permanentes	11
Le DRI	11
SISMO (Site Internet)	12
Indicateurs statistiques mis en ligne en 2011	13
SIGORS	15
Cartothèque	18
50/51° Nord	19
N.S.E.O. un point sur ...	20
Territoires et Santé – Lettre à destination des élus	21
Études & travaux	23
• Observations inattendues et capricieuses de la santé	25
• Enquête sur les freins et les leviers à la démarche de projet pour les pôles et maisons de santé pluridisciplinaires en région Nord – Pas-de-Calais	28
• INTERREG IV : Génération en santé	31
• Cancer, Inégalités Régionales, Cantonales et Environnement (CIRCE) Poursuite et évolution du projet	34
• Les pôles d'offre de santé. Agrégation et polarisation des professionnels de santé	36
• Évolution de la mortalité par cancer entre 1982 et 2006	40
• Évaluation quantitative et qualitative de la PACES de l'Université de Lille 2 à Boulogne-sur-Mer	45
• Éléments d'une prospective des professions de santé	48
• UDAPEI	49
• Mise à jour et développement 2011 des indicateurs de mortalité du site de l'ORS	50
• Étude concernant les délais de prise en charge des cancers	56
Autres activités	57
• Du territoire de proximité au projet local de santé devenu Accompagnement aux projets locaux de santé	57
• Système d'information géographique santé de l'ARS Nord – Pas-de-Calais	62
• Mise en œuvre d'un atlas interactif de la santé dans le Nord – Pas-de-Calais	62
• Partenariat ORS Nord – Pas-de-Calais / Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examens de Santé	63

Participation à des études tiers	66
• Participation à l'étude <i>Séjours hospitaliers évitables et revascularisations dans trois régions : Île-de-France, Nord – Pas-de-Calais et Provence-Alpes-Côte d'Azur</i>	66
• Production de données pour le Glasgow Centre for Population Health (GCPH)	69
Sollicitations et interventions diverses	71
Demandes spécifiques réalisées en 2011	72
Rédaction d'articles	75

Réunion des instances

Au cours de l'année 2011, les instances de l'ORS sollicitées par son Président, Jean-Louis SALOMEZ, se sont réunies le 19 décembre 2011.

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.

1. Approbation du PV de la réunion du 12/10/2010 ;
2. Examen et validation des rapport d'activité et compte de résultat-bilan financier 2010 ;
3. Activité et point comptable 2011 ;
4. Questions diverses.

Point essentiel débattu

La mise à jour des statuts a fait l'objet d'un débat. Le procès-verbal de cette réunion en relate le détail.

Assemblée générale

1. Examen et validation des rapport d'activité et compte de résultat-bilan financier 2010 ;
2. Activité et point comptable 2011 ;
3. Approbation du PV de la réunion du 12/10/2010 ;
4. Élection partielle du collège des membres élus ;
5. Présentation de l'évolution de l'état de santé, s'appuyant en particulier sur les indices comparatifs d'évolution de la mortalité, *par Olivier LACOSTE*.

Points essentiels débattus

✓ **Élection partielle du collège des membres élus**

Cinq postes restant vacants parmi les six sièges que comporte ce collège, l'ORS a reçu la candidature de Madame Catherine BLANC, représentant l'URI CFDT. Les membres présents ne formulant aucune remarque, Madame Catherine BLANC est élue.

✓ **Compte de résultat-bilan financier 2010**

Les dépenses s'élèvent à 1 243 247,57 € ; les recettes à 1 320 294,14 €. L'ORS termine l'année avec un résultat positif de 77 046,57 €.

Les objectifs fixés par le Président –retrouver l'équilibre en 2009 et renflouer les fonds propres en 2010– sont atteints. Aucune remarque du Commissaire aux comptes n'est formulée en 2010.

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.

- ##### ✓ **Présentation de l'évolution de l'état de santé, s'appuyant en particulier sur les indices comparatifs d'évolution de la mortalité, *par Olivier LACOSTE***

Activité de gestion

Ressources humaines

Deux salariées, sur les trois licenciées en 2008, ont engagé une procédure prud'homale 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 second, la procédure s'est terminée en 2011, reconnaissant en partie le bien-fondé économique.

Un temps de travail important a été consacré à nouveau, en 2011, à cette procédure.

Au 31 décembre 2011, le personnel était composé de 8,8 ETP permanents.

L'évaluation du personnel sur l'année 2011 a été réalisée.

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

Trésorerie

Hormis durant le quatrième trimestre de l'année, la trésorerie a été positive courant 2011. Les agios sont à peu près identiques à ceux de 2010 (environ 1 500 €).

Le GIE Groupement Régional de Promotion de la Santé

Sur l'année 2011, les échanges intra-GIE ont été nombreux, formalisés par des réunions de direction, et également consacrés à l'abord de 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 aussi 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 5 500 documents au 31 décembre 2011 ;
3. Veille documentaire pour les chargés d'études (liste non exhaustive) :
Offre de soins, développement durable, cancer, démographie des professions de santé, migration, littoral, territoire... ;
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 2011.

Les thèmes les plus plébiscités ont été :

- | | |
|--|--|
| ❖ Cancer ; | ❖ Obésité ; |
| ❖ CMU ; | ❖ Offre de soins ; |
| ❖ Démographie des professions de santé ; | ❖ Population, démographie ; |
| ❖ Éducation nutritionnelle ; | ❖ Programme de prévention ; |
| ❖ Grossesse adolescente ; | ❖ Santé des étudiants ; |
| ❖ Hépatites ; | ❖ Troubles du comportement alimentaire ; |
| ❖ Hospitalisation à domicile ; | ❖ Tuberculose ; |
| ❖ IVG ; | ❖ Vaccination ; |
| ❖ Mortalité par pathologie ; | ❖ VIH... |

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

SISMO (Site Internet)

En 2011, le site Internet de l'ORS Nord – Pas-de-Calais a comptabilisé 86 523 visites et près de 660 250 téléchargements de fichiers.

Parmi les travaux les plus téléchargés par les internautes, figurent les publications suivantes :

- Ici et ailleurs : nouveaux indicateurs de santé du Nord – Pas-de-Calais ;
- Les déchets et la santé ;
- Santé mentale ;
- Territoire et santé ;
- Nous et les autres : spécificités et évolution des territoires du Nord – Pas-de-Calais.

Les indicateurs statistiques produits par l'ORS sont toujours très demandés. Vous trouverez ci-après les fichiers mis en ligne en 2011.

Indicateurs statistiques mis en ligne en 2011

Mortalité par causes dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008 :

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

- Mortalité toutes causes de décès confondues dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008
- Mortalité évitable par des actions sur le système de soins dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008
- Mortalité évitable par des actions sur les facteurs de risque individuel dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008
- Mortalité par tumeurs malignes dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008
- Mortalité par tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx, dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008
- Mortalité par tumeur maligne de la prostate dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008
- Mortalité par tumeur maligne de l'estomac dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008
- Mortalité par tumeur maligne de l'œsophage dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008
- Mortalité par tumeur maligne du col de l'utérus dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008
- Mortalité par tumeur maligne du côlon dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008
- Mortalité par tumeur maligne du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon, dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008
- Mortalité par tumeur maligne du sein dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008
- Mortalité par abus d'alcool (y compris psychose alcoolique) dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008
- Mortalité par accidents de la circulation dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008
- Mortalité par cardiopathies ischémiques dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008
- Mortalité par diabète sucré dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008
- Mortalité par maladie chronique du foie dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008
- Mortalité par maladies cérébrovasculaires dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008
- Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008
- Mortalité par maladies de l'appareil respiratoire dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008
- Mortalité par suicides dans le Nord – Pas-de-Calais 2005 – 2008

Évolution de la mortalité entre 1980 et 2005 :

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

- Mortalité tous âges et toutes causes de décès confondues dans le Nord – Pas-de-Calais de 1980 à 2005
- Mortalité toutes causes de décès confondues, par tranche d'âges, dans le Nord – Pas-de-Calais de 1980 à 2005
- Mortalité prématurée toutes causes de décès confondues dans le Nord – Pas-de-Calais de 1980 à 2005
- Mortalité prématurée évitable par des actions sur le système de soins dans le Nord – Pas-de-Calais de 1980 à 2005
- Mortalité prématurée évitable par des actions sur les facteurs de risque individuel dans le Nord – Pas-de-Calais de 1980 à 2005
- Mortalité tous âges par tumeurs dans le Nord – Pas-de-Calais de 1980 à 2005
- Mortalité tous âges par maladies de l'appareil circulatoire dans le Nord – Pas-de-Calais de 1980 à 2005
- Mortalité tous âges par maladies de l'appareil respiratoire dans le Nord – Pas-de-Calais de 1980 à 2005
- Mortalité tous âges par accidents de la circulation dans le Nord – Pas-de-Calais de 1980 à 2005
- Mortalité tous âges par cirrhose alcoolique ou sans précision du foie, psychose alcoolique et alcoolisme, dans le Nord – Pas-de-Calais de 1980 à 2005
- Mortalité tous âges par suicides dans le Nord – Pas-de-Calais de 1980 à 2005

Indice comparatif d'évolution de la mortalité entre 1982 et 2007 :

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

- Mortalité toutes causes et tous âges dans le Nord – Pas-de-Calais, ICEM entre 1982 et 2007
- Mortalité évitable par des actions sur les facteurs de risque individuel dans le Nord – Pas-de-Calais, ICEM entre 1982 et 2007
- Mortalité évitable par des actions sur le système de soins dans le Nord – Pas-de-Calais, ICEM entre 1982 et 2007

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 depuis plus de dix ans 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 SIGORS est en constant développement, parallèlement au monde de la santé dont les champs explorés sont de plus en plus vastes. SIGORS permet ainsi, au-delà de la réalisation de cartes et d'atlas sur des thématiques de santé, d'exploiter de nouvelles fonctionnalités des SIG en termes d'analyse et de prospective au service de la prise de décisions.

Matériel

SIGORS est développé sur la base du logiciel Géoconcept, un des principaux SIG présents 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.

Mise à jour de données

La recherche, la collecte, l'organisation et le traitement des données à caractère géographique font partie des activités permanentes liées à SIGORS. En 2011, les principales mises à jour de données ont porté sur :

- Les données de population issues du recensement annuel (INSEE) ;
- Les données de mortalité (INSERM) ;
- L'offre en professionnels de santé (ADELI et INSEE) ;
- Les métiers de la santé (INSEE) ;
- Les zonages infrarégionaux : nouveaux territoires de santé et zones de proximité (FNORS), intercommunalités (DGCL, DIACT), nouveau zonage en aires urbaines (INSEE).

Études

SIGORS a contribué à enrichir les thématiques explorées par l'ORS en 2011 en répondant aux besoins d'analyse spatiale et de production cartographique sur notamment :

- Les observations inattendues et capricieuses de la santé ;
- Nous et les autres : spécificités et évolution des territoires du Nord – Pas-de-Calais ;
- 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.

Hors études

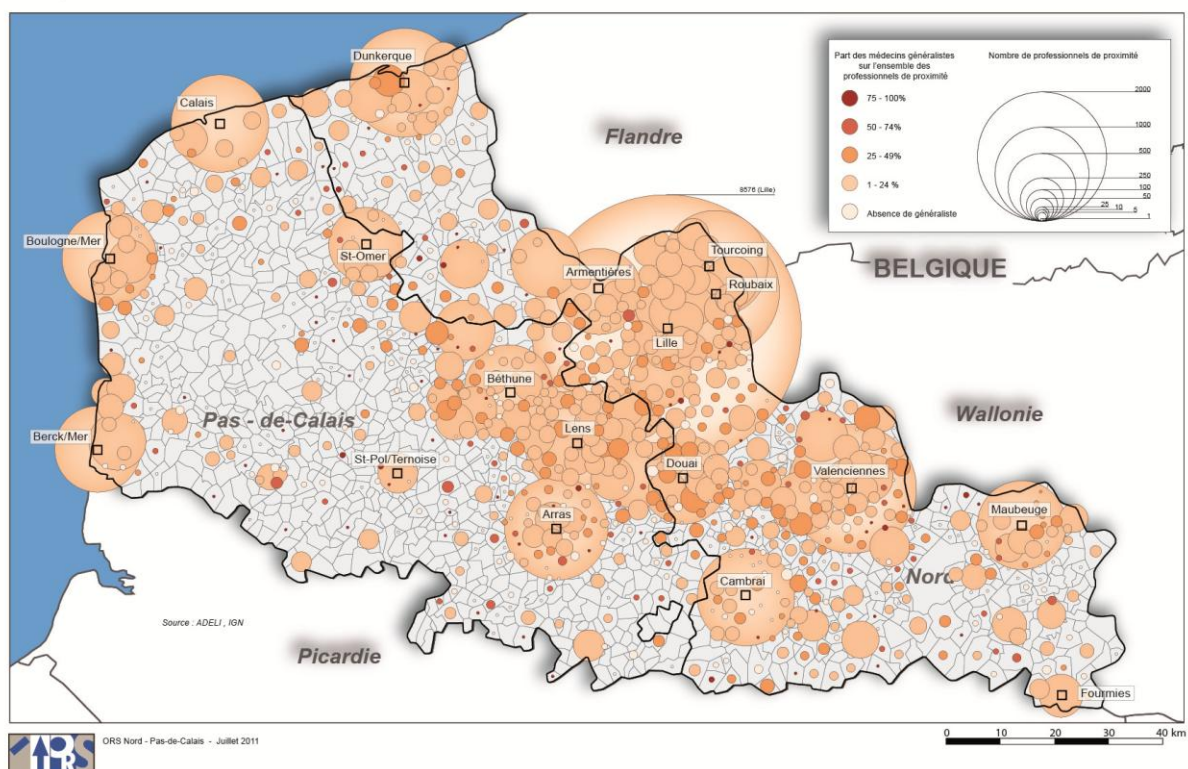
- Utilisation de SIGORS pour les 50/51 sur les quatre bassins de vie :
 - cartes classiques et cartes en perspective,
 - élaboration de *transects* (coupes) pour rendre compte de la répartition des professionnels de santé sur le territoire régional ;
- Une dizaine de cartes sur l'offre de soins pour le Conseil Régional ;
- Note sur Cancer et précarité pour le Conseil Régional : croisement des données de mortalité par cancer et de l'indice de Townsend au niveau cantonal pour déterminer les zones les plus fragilisées au regard de ces deux indicateurs ;
- Cartes pour le site Internet de l'ORS :
 - évolution de la mortalité prématurée par zone d'emploi, France métropolitaine,
 - offre de soins de proximité et offre de soins de pôle pour les communes du Nord – Pas-de-Calais.

Quelques réalisations



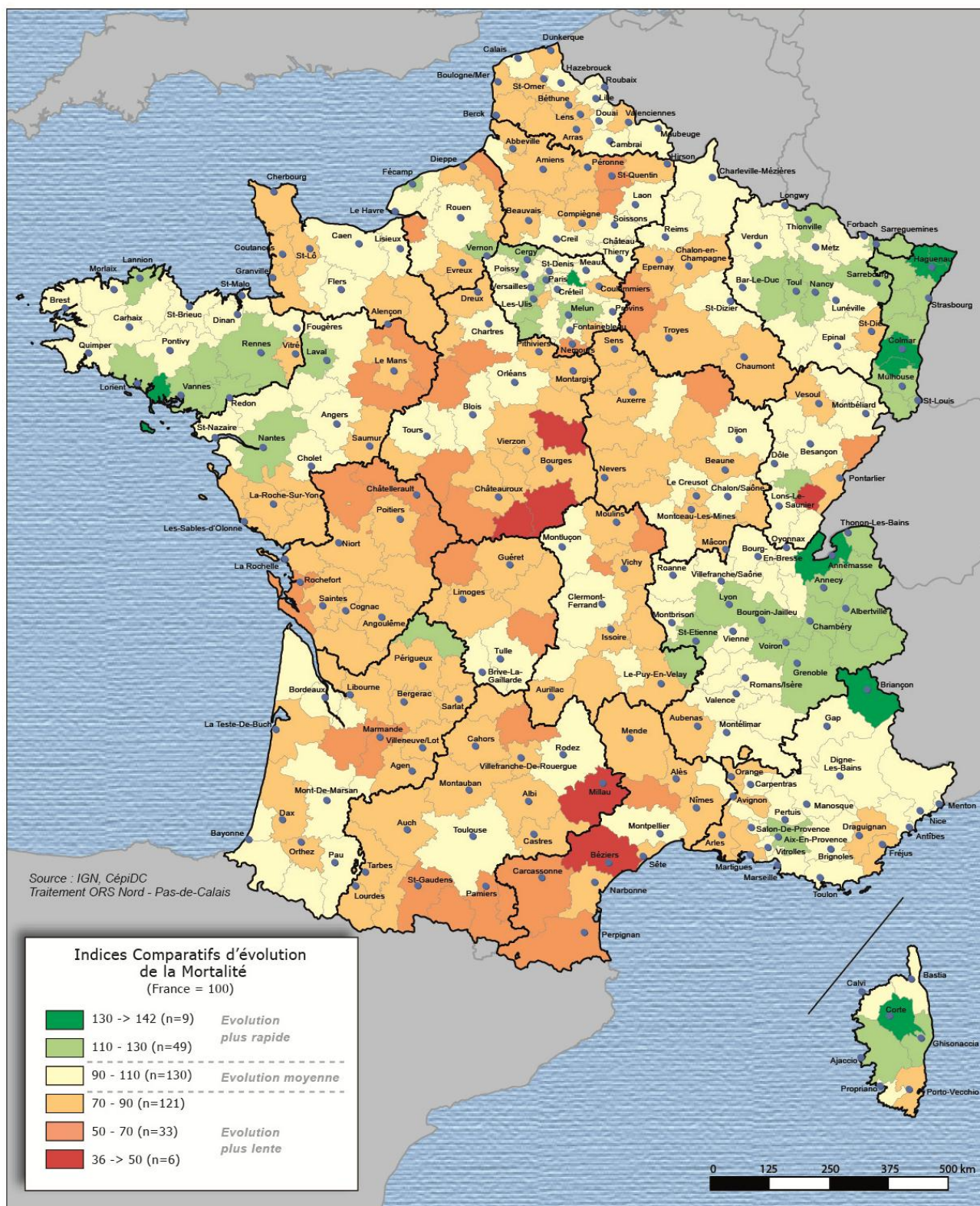
Les professionnels de santé de proximité

Offre par commune en 2009



Evolution de la mortalité prématurée évitable toutes causes

Hommes et Femmes - Par zone d'emploi - Période 1982- 2007



ORS Nord - Pas-de-Calais - Juillet 2011

Cartothèque

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

Offre de soins : les professionnels de santé :

- Les professionnels de santé de proximité
- Les professionnels de santé de pôle

Indice comparatif d'évolution de la mortalité entre 1982 et 2007 :

- Évitable toutes causes
- Évitable par des actions sur les facteurs de risque individuel
- Évitable par des actions sur le système de soins

Mortalité par zone d'emploi, période 2004-2007 :

- Mortalité prématurée toutes causes
- Mortalité prématurée évitable par des actions sur les facteurs de risque individuel
- Mortalité prématurée évitable par des actions sur le système de soins
- Mortalité par tumeurs malignes

50/51° Nord

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

Numéros parus

- n° 32 : **Nouveaux regards sur le cancer**
 - 4 500 exemplaires tirés, 988 téléchargés fin décembre 2011
- n° 31 : **Développement durable et santé**
 - 4 500 exemplaires tirés, 2 346 téléchargés fin décembre 2011
- n° 30 : **Unité et diversités du Nord – Pas-de-Calais et de ses territoires de santé : Métropole – Flandre intérieure**
 - 5 000 exemplaires tirés, 1 139 téléchargés fin décembre 2011
- n° 29 : **Unité et diversités du Nord – Pas-de-Calais et de ses territoires de santé : Littoral**
 - 5 000 exemplaires tirés, 963 téléchargés fin décembre 2011
- n° 28 : **Unité et diversités du Nord – Pas-de-Calais et de ses territoires de santé : Hainaut-Cambrésis**
 - 5 000 exemplaires tirés, 5 990 téléchargés fin décembre 2011
- n° 27 : **Unité et diversités du Nord – Pas-de-Calais et de ses territoires de santé : Artois-Douaisis**
 - 5 000 exemplaires tirés, 7 024 téléchargés fin décembre 2011
- n° 26 : **Les besoins de santé**
 - 4 000 exemplaires tirés, 9 358 téléchargés fin décembre 2011
- n° 25 : **Mondialisation, territorialisation et santé**
 - 4 000 exemplaires tirés, 2 799 téléchargés fin décembre 2011

Au total, 88 861 exemplaires ont été téléchargés depuis le site de l'ORS.

N.S.E.O. un point sur ...

Contexte

Afin de répondre du mieux possible aux attentes de son lectorat et de ses partenaires, l'ORS a conçu et élaboré une nouvelle publication s'inspirant surtout des *petits dossiers 50/51° Nord* mais aussi de la lettre *Territoires et Santé*.

Objectifs

L'objet de ces N.S.E.O. (Nord, Sud, Est, Ouest) est d'aborder des questions ou des thèmes plus strictement sanitaires, médicaux et organisationnels, et d'en rendre accessibles la nature et les implications dans le cadre d'une politique régionale de santé. Le lectorat recherché est pour une part le même que celui des *petits dossiers 50/51° Nord* auquel s'ajoute l'ensemble des professionnels de santé.

Territoires concernés

N.S.E.O. sera diffusé via le site Internet de l'ORS et sera adressé aux professionnels de santé exerçant en établissements et à l'ensemble de ceux concernés par les thématiques abordées exerçant dans le Nord – Pas-de-Calais. À ceux-ci s'ajouteront les destinataires actuels des *petits dossiers 50/51° Nord*.

Principaux résultats

- Le Nord – Pas-de-Calais à l'heure de la télémédecine
- Le rôle des équipements matériels lourds en Nord – Pas-de-Calais

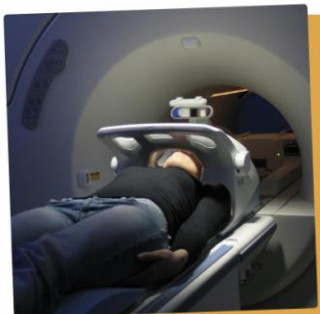
N.S.E.O.
un point sur...

Le rôle des Équipements Matériels Lourds (EML) en Nord – Pas-de-Calais

Les Équipements Matériels Lourds (EML) sont indispensables dans le diagnostic et le suivi de nombreuses maladies.

Le premier enjeu de l'implantation de ces matériels est donc de permettre aux patients d'avoir accès aux examens indispensables qu'ils dispensent dans un délai acceptable. Pour les établissements, ces équipements représentent aussi un enjeu d'activité, qui n'est possible que si les professionnels de santé (médecins, radiologues, etc.) sont en nombre suffisant et formés à la réalisation de ces examens très spécifiques.

Le développement de ces matériels ouvre la voie d'une véritable révolution dans le domaine du diagnostic et du traitement médical.



N.S.E.O.
un point sur...

La région Nord – Pas-de-Calais à l'heure de la télémédecine

Dans une période économique difficile, alors que le nombre de médecins diminue, la demande de santé risque de s'accroître du fait du vieillissement de la population et de l'augmentation des maladies chroniques.

Face à cette équation particulièrement complexe à résoudre, la télémédecine se présente comme une possibilité d'amélioration et d'évolution de notre système de soins afin de le rendre plus efficace. Pour répondre aux enjeux de santé publique régionaux clairement identifiés, le Nord – Pas-de-Calais s'est positionné sur ce domaine.

Au cœur des évolutions technologiques de l'image et d'internet, la télémédecine bouleverse profondément la manière de faire de la médecine. Face à cette révolution qui attend le monde médical, professionnels et usagers sont en droit de questionner le bien-fondé et les problèmes que soulève la télémédecine en termes éthique, économique et juridique.

La législation qui encadre ces nouveaux modes de consultations médicales est balbutiante et tente de répondre aux enjeux essentiels que sont le suivi du patient, l'organisation et la coordination des soins mais aussi la réalisation d'actes à distance.



Territoires et Santé – Lettre à destination des élus

Contexte

En collaboration avec le GRPS, et notamment Contact Santé, l'ORS Nord – Pas-de-Calais édite une lettre d'information santé du Nord – Pas-de-Calais à destination des élus et des acteurs des territoires. La santé dans les territoires s'appuie sur des dispositifs mobilisables par les élus locaux et sur la mise en œuvre d'une dynamique locale, reposant le plus souvent sur un travail partenarial entre élus locaux, professionnels de santé et associations œuvrant dans le champ de la prévention et de l'éducation à la santé.

Objectifs

L'objectif de la lettre est d'apporter une information adaptée et ciblée en matière de santé publique aux décideurs locaux impliqués ou non dans la santé publique, ainsi qu'aux différents acteurs des territoires. Il s'agit de porter à connaissance des élus les dispositifs existants dans le champ de la santé par thématiques (offre de soins, jeunesse, maisons de santé, etc.).

Méthode utilisée

Cette lettre aux Territoires prend la forme d'un « 4 pages » comprenant des interviews d'élus et un éditorial. La lettre aux Territoires balaie une thématique différente à chaque numéro et compte huit rubriques :

- Rapports et études. Décryptages ;
- Un dossier thématique ;
- Sur le terrain (illustration du dossier) ;
- Question pratique ;
- 10 étapes-clés (illustration de la question pratique traitée) ;
- Les chiffres-clés ;
- Décodage ;
- Rendez-vous.

Territoires concernés

La lettre aux élus est diffusée à 3 600 exemplaires sur l'ensemble du territoire Nord – Pas-de-Calais.

Ces lettres sont accessibles depuis : <http://www.else revue.fr>.

Principaux résultats

- **Lettre n° 1** : Juin 2011, L'hôpital, un enjeu du développement local
- **Lettre n° 2** : Juillet-Août 2011, Professionnels de santé, un mariage de raison ?
- **Lettre n° 3** : Septembre 2011, Pôles et Maisons de Santé Pluridisciplinaires
- **Lettre n° 4** : Octobre 2011, La santé au cœur des territoires
- **Lettre n° 5** : Novembre 2011, Élus et offre de soins de premier recours

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. Pour ce faire, l'ORS Nord – Pas-de-Calais a conçu des fiches-articles de 6 à 30 pages, destinées à un public plus ciblé que les petits dossiers.

Les Observations inattendues et capricieuses de la santé ne sont diffusées que par téléchargement depuis le site Internet de l'ORS.

Éléments de cadrage

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

Pour les données de santé : statistiques primaires issues de l'INSERM, du CETAF et de diverses enquêtes réalisées par l'ORS (Rhcp2s, Spqr, etc.) et de données secondaires très nombreuses (CETAF, PMSI, organismes d'assurance maladie, enquêtes, publications 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 par 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.

Outre l'ouverture à d'autres champs disciplinaires et l'exposé d'un regard inspiré d'épistémologie, la réalisation des Observations inattendues de la santé est l'un des moyens d'accroître l'expertise transversale de l'ORS.

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 observables en France, dans d'autres régions françaises, 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 infra-régionaux 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 gênante.

Les conclusions :

Mettent en évidence les liens entre la 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 comporte, 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 composent exclusivement d'ouvrages de référence ou considérés comme tels.

Depuis leur création en 2008 et leur première publication en novembre 2009, le nombre de téléchargements n'a cessé de croître, passant de 7 395 la première année à plus de 35 500 la deuxième, et enfin 155 519 en 2011. Ce succès inattendu a incité l'ORS à développer plus encore l'innovation et la recherche des approches présentées. D'un simple exercice pédagogique mais succinct mené en quelques pages pour les premières fiches-articles, les suivantes ont été plus fouillées et ont assumé de porter sur le fond.

1. Les associations et la santé (3 226 fiches-articles téléchargées depuis 2009, 1 985 en 2011) ;
2. Intimité, sexualité (4 048 fiches-articles téléchargées depuis 2009, 1 961 en 2011) ;
3. Les âges de la vie (5 302 fiches-articles téléchargées depuis 2009, 3 636 en 2011) ;
4. L'économie et la santé (3 563 fiches-articles téléchargées depuis 2009, 2 681 en 2011) ;
5. Genre et santé (5 138 fiches-articles téléchargées depuis 2009, 3 486 en 2011) ;
6. École et santé (2 277 fiches-articles téléchargées depuis 2009, 1 259 en 2011) ;
7. Santé mentale (30 172 fiches-articles téléchargées depuis 2009, 25 648 en 2011) ;
8. La santé en recherche (944 fiches-articles téléchargées depuis 2009, 327 en 2011) ;
9. Territoires et santé (29 007 fiches-articles téléchargées depuis 2009, 23 273 en 2011) ;
10. Les temps de la santé (13 974 fiches-articles téléchargées depuis 2009, 10 764 en 2011) ;
11. Déchets et santé (36 277 fiches-articles téléchargées depuis 2009, 29 421 en 2011) ;
12. Inégalités des chances (10 473 fiches-articles téléchargées depuis 2009, 7 801 en 2011) ;
13. Ruralité et santé (8 967 fiches-articles téléchargées depuis 2009, 7 115 en 2011) ;
14. Risques, catastrophes et crises (11 598 fiches-articles téléchargées depuis 2009, 10 872 en 2011) ;
15. Migrations et santé (mise en ligne en fin d'année 2011).

Mises à jour :

- 16.** Violence et santé (15 903 fiches-articles téléchargées depuis 2009, 14 572 en 2011) ;
- 17.** Climat, météo et santé (13 592 fiches-articles téléchargées depuis 2009, 10 718 en 2011).

Fiches restant en cours :

- 18.** Les métiers et la santé (fiche en création en 2011) ;
- 19.** Les clichés et la santé (fiche en création en 2011) ;
- 20.** Villes et santé (fiche en création en 2011) ;
- 21.** Le littoral (première fiche créée en 2009 mais ayant nécessité deux profondes réécritures) ;
- 22.** L'alimentation (fiche conçue en 2010 en cours de réécriture).

■ Enquête sur les freins et les leviers à la démarche de projet pour les pôles et maisons de santé pluridisciplinaires en région Nord – Pas-de-Calais

Contexte

Conscients des enjeux actuels et futurs posés à notre système de santé, les différents acteurs de santé publique investissent depuis plusieurs années le champ prometteur des Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) ; réponse parmi d'autres à l'attractivité d'un territoire. L'image et les objectifs des MSP semblent évoluer face aux ouvertures successives de structures, mais également le nombre *a priori* pléthorique de projets en région Nord – Pas-de-Calais comme en France atteste d'une diversité d'objectifs dépassant largement la définition du projet de santé pluridisciplinaire.

Fin 2011, la France compte approximativement plus de 200 maisons ou pôles de santé en fonctionnement. Leur recensement reste aléatoire, le foisonnement de projets et leur nombre croissant au cours de ces trois dernières années devançant amplement les lois et l'encadrement administratif, ce qui rend la tâche des porteurs de projets souvent ardue. La Fédération Nationale des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS) en dénombre environ 250 ; l'État, par son financement FIQCS¹, recensait fin 2009 160 maisons de santé et 25 pôles de santé et près de 1 000 projets devraient voir le jour d'ici trois à quatre ans.

À l'instar du Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais, de nombreuses régions et collectivités locales (communes, communautés de communes, pays ou agglomérations) accompagnent financièrement la mise en place des MSP. Cette aide est le plus souvent dédiée à la réalisation d'un diagnostic, d'une étude de faisabilité, ou encore à l'investissement en système d'information partagée. Il existe également un financement de fonctionnement pluriannuel.

Parmi les questions que soulève cette démarche d'élaboration, reviennent notamment les délais souvent très longs de mise en œuvre du projet, qui épuisent les acteurs, l'aide publique peu lisible, mal fléchée, non coordonnée entre les différents financeurs potentiels.

Quels objectifs les MSP poursuivent-elles ? Ce mode d'exercice a-t-il un impact sur la médecine de proximité ? Cela modifie-t-il les pratiques et comment ? Les cahiers des charges sont-ils adaptés à la réalité ? Les observateurs pointaient une fracture générationnelle au sein des médecins généralistes, est-elle toujours d'actualité ? Nous sommes en droit de nous interroger sur le champ de rayonnement territorial des MSP mais surtout des pôles de santé.

Ce travail mené par l'ORS Nord – Pas-de-Calais tente d'apporter certains éléments de réponse mais se veut une vue d'ensemble basée sur les éléments relevés par les porteurs eux-mêmes.

Objectifs

L'objectif de cette enquête est de mettre en évidence les difficultés rencontrées par les porteurs de projets de pôles et de maisons de santé pluridisciplinaires en Nord – Pas-de-Calais et d'esquisser les actions d'appui des pouvoirs publics sur ces dossiers. Mais également de dégager les points facilitateurs et les points d'entrave à leur démarche de porteurs de projets.

Méthode utilisée

La région Nord – Pas-de-Calais compte une cinquantaine de projets de Maisons ou Pôles de Santé Pluridisciplinaires, dont une petite dizaine est en fonctionnement. Il existe également des projets « hors cahier des charges national », ils ne mettent pas en œuvre un projet de santé mais investissent exclusivement le champ de la promotion de la santé. Ces projets ont les mêmes attendus que les MSP en termes de développements territoriaux et la plupart ont reçu des financements publics d'aide aux diagnostics ou études de faisabilité, ils seront donc traités dans cette enquête.

Ces MSP pionnières en Nord – Pas-de-Calais sont pour la plupart issues de la transformation de cabinets de groupe libéral. Ces équipes de professionnels de santé ont une antériorité assez importante dans le travail pluridisciplinaire : Laventie, Lille-Moulins ou Sin-le-Noble.

¹ Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins.

Les maisons de promotion de santé s'appuient également sur le dispositif existant.

L'enquête de l'Observatoire Régional de la Santé a été réalisée de septembre à décembre 2011 avec l'objectif de mettre en évidence les freins et les leviers à la démarche de projet des Maisons et Pôles de Santé Pluridisciplinaires. Le protocole initial de l'étude a été modifié.

18 entretiens téléphoniques ont été menés sur la base d'un guide d'entretien méthodologique, terminé par un listing des leviers et des freins à la démarche de projet.

Durée des entretiens : de 30 à 50 mn.

Territoires concernés

Les 18 MSP ont été tirées au sort dans la liste régionale des MSP :

Achiet-le-Grand	Arras
Laventie	Bruay
Lille Sud	Fruges
Lille Moulins	Heuchin
Sin-le-Noble	Lens
Steenvoorde	Valenciennes
Anor	Sed in-Carvin
Armentières	Marly
Aulnoye-Aymeries	Templeuve

Synthèse des résultats

1. Les acteurs de santé publique de la région Nord – Pas-de-Calais se sont largement emparés des maisons ou pôles de santé pluridisciplinaires.
2. L'ensemble du territoire de la Région est couvert par des projets innovants, qui vont bien du projet médical au regroupement de professionnels médicaux jusqu'au projet de territoire pluri-professionnel.
3. L'ensemble des projets ou des maisons de santé en exercice possède un « sens politique » certain d'amélioration de la santé de la population et de projet territorial affiché.
4. Le duo élu/professionnel de santé confère aux projets un impact considérable.
5. Il n'existe pas de fracture générationnelle des professionnels de santé dans la recherche de nouvelles coopérations pluri-professionnelles. (Les réticences émanent de certains médecins).
6. Tous les projets revêtent une dimension d'éducation à la santé et de prévention importante.
7. Les motivations sont diverses mais convergent exclusivement vers une prise en charge globale du patient par la mise en œuvre d'une approche pluri-professionnelle.
8. Apparaît une prise de conscience d'un besoin d'accompagner le patient dans son parcours de santé, traduit dans les faits par un travail partenarial médico-social et hospitalier.
9. La notion de territoire est intégrée par chaque porteur de projet.
10. Les attentes exprimées en matière de formation reflètent un besoin d'une plus grande efficacité dans la démarche de projet.
11. Présence et investissement essentiels des collectivités territoriales.
12. Le temps et les délais du projet sont une lourdeur pour les acteurs.
13. De plus en plus de porteurs de projets médecins généralistes sont maîtres de stage afin de développer les stages de troisième cycle en médecine générale sur leur territoire.

- 14.** Les modes de rémunération restent un frein important à l'organisation de la maison de santé. Et dans l'ensemble, le sujet du mode de rémunération du fonctionnement n'est pas réellement tranché.
- 15.** Les subventions sont présentes mais multiples et peu lisibles.
- 16.** L'aide à l'ingénierie est présente mais peine à épauler les porteurs de projets jusqu'à l'ouverture effective.
- 17.** Un coordinateur de projet pour accompagner la démarche est largement plébiscité.
- 18.** Les MSP en exercice ont une grande amplitude d'ouverture au public.
- 19.** Au sein des MSP, tous les médecins se forment à l'Éducation Thérapeutique du Patient.
- 20.** Les MSP offrent de nouvelles perspectives dans l'organisation des soins et constituent l'une des réponses possibles pour tenter d'enrayer la dégradation de l'état de santé de la population.

■ 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.

Par rapport à INTERREG III, les nouveautés sont les suivantes :

- **Extension géographique**

Sept nouveaux territoires s'ajoutent à l'Aisne, au Hainaut et aux Ardennes, en tant qu'opérateurs de ce projet : il s'agit des provinces de Namur et du Luxembourg, ainsi que des 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 sont désormais disponibles tant côté belge que 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 sont abordés les thèmes suivants :

Personnes âgées

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

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

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

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.

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

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.

Opérateurs partenaires et opérateurs associés

Opérateurs partenaires

- OSH
- ORS2S
- ORSCA
- Province du Luxembourg
- Province de Namur

Opérateurs associés

- FOREM
- OFBS
- ORSNPDC

Principaux résultats

En 2011, l'ORS Nord – Pas-de-Calais a participé au travail d'élaboration de la nouvelle fiche *Inégalités sociales de santé* avec ses homologues de Champagne-Ardenne et la Province de Namur, toujours dans le souci d'harmonisation de l'observation transfrontalière.

Sortie prévue : septembre 2012.

L'ORS a été également relecteur de nouvelles fiches : *Cancer* et *Causes de mortalité*.

Sortie prévue : printemps 2012.

■ Cancer, Inégalités Régionales, Cantonales et Environnement (CIRCE) Poursuite et évolution 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 cancer. 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 (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 cancer 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.

Méthode

Des échanges avec l'INERIS et les cinq 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).

Objectifs

Les principaux objectifs 2010/2011 du projet CIRCE ont été définis courant 2011. Il a été possible de développer plusieurs points méthodologiques ainsi que de repréciser les perspectives du projet. Par ailleurs, le jeudi 13 octobre 2011, un séminaire CIRCE a été organisé auprès des financeurs régionaux.

Les points méthodologiques ont porté plus particulièrement sur :

- La méthodologie à utiliser pour analyser l'évolution de la mortalité dans le temps ;
- Suite à la formation sur le « traitement de données spatialisées », les possibilités qu'offre le logiciel cartographique par rapport aux axes d'analyse de CIRCE ;
- L'intégration dans les analyses d'un indicateur de défaveur sociale (corrélation spatiale avec la mortalité) ;
- L'analyse croisée des données d'exposition et de mortalité.

Parmi les nouveaux axes de travail de CIRCE, les ORS proposent :

- La standardisation de la mortalité à l'échelle française ;
- L'intégration dans le modèle des données de morbidité (PMSI, ALD, médicaments tra-
ceurs...).

Comme l'avait proposé l'ORS Nord – Pas-de-Calais, il pourrait être envisagé de sortir un nouvel Atlas de mortalité en standardisant la mortalité sur celle de la France métropolitaine. Cet Atlas devra apporter une réelle plus value, celle-ci pouvant être, entre autres, une réflexion sur la variabilité régionale du niveau de corrélation de l'indice de Townsend avec la mortalité. Par ailleurs, la mise en œuvre de ce nouvel Atlas pourrait être l'occasion d'ajouter les données de mortalité 2008 et 2009. Un calendrier devrait être fixé lors de la prochaine réunion inter ORS planifiée en février 2012.

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
INERIS
Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais

■ Les pôles d'offre de santé. Agrégation et polarisation des professionnels de santé

Contexte

Dans un contexte de pénurie annoncée des médecins, où il faudra, pour les 20 ans à venir, soigner davantage de personnes avec moins de personnel, la question de la répartition des professionnels de santé sur le territoire est devenue sensible. Elle l'est d'autant plus dans les milieux isolés des grands centres urbains où le non renouvellement des professionnels qui partent à la retraite, notamment les médecins généralistes, entraîne l'apparition de territoires ne disposant plus en local de solution de premiers recours au système de santé.

D'autre part, on assiste à une concentration de plus en plus importante des professionnels de santé sur les territoires sous la conjonction de plusieurs phénomènes concordant dans leurs effets : attractivité des grands centres urbains pourvoyeurs d'emploi, absence de coercition à l'installation, poussée du travail salarié aux dépens du libéral², recherche d'un cadre de vie (aménités du territoire) tout autant que d'un environnement de travail (exercice non isolé)... Les mécanismes à l'œuvre dépassent largement le cadre décisionnaire des planificateurs de la santé pour aller puiser leurs sources dans des questions plus globales relatives à l'aménagement du territoire. Ils mettent également en exergue le rôle de plus en plus important des élus dans les dynamiques locales de santé. Ce constat est d'autant plus vrai en période de pénurie où les seuls outils des planificateurs de la santé se révèlent insuffisants pour réguler l'offre de soins. Ainsi, aux processus décrits de désertification il convenait d'analyser les phénomènes de migrations, de polarisation et d'agrégation de l'offre de soins jouant sur les différents professionnels de santé, tout en tenant compte d'une comparaison entre le Nord – Pas-de-Calais et les autres territoires de France métropolitaine.

Le Nord – Pas-de-Calais, depuis plusieurs décennies maintenant, souffre d'une offre en professionnels de santé insuffisante, notamment chez les spécialistes, au regard du poids de la population³ et plus encore au regard d'un état de santé plus dégradé qu'ailleurs⁴. Même si ce retard tend à se combler, ce n'est pas pour autant que la répartition des professionnels sur le territoire s'effectue de manière satisfaisante pour répondre aux besoins de la population. Car les professionnels de santé ne se distinguent pas fondamentalement du reste de la population active et sont soumis aux mêmes tendances, notamment au phénomène d'attraction des grands centres urbains pourvoyeurs d'emploi, qui favorise leur concentration au détriment des espaces interstitiels et des centres urbains plus modestes.

Actuellement, l'accessibilité (temps et distance d'accès aux soins) n'est pas définie comme problématique en France puisque 95 % de la population a accès à des soins de proximité en moins de 15 minutes et à des soins hospitaliers en moins de 40 minutes⁵. Dans notre région fortement urbanisée, les temps d'accès sont encore plus courts que la moyenne française, quelle que soit la spécialité. L'ORS avait montré dans une étude de 2008⁶ que la grande majorité de la population de la région avait accès à un ou plusieurs pôles d'offre de soins en moins de 30 minutes par la route, et que le caractère isolé de certaines parties du territoire concernait 0,78 % de la population. Cette étude soulignait également, pour certaines professions, le rôle pivot de certains pôles d'offre de taille modeste dont la disparition éloignerait une partie supplémentaire de la population à plus de 30 minutes des pôles d'offre de soins.

² Moins de 10 % des jeunes médecins décident aujourd'hui de s'installer en libéral.

³ Le Nord – Pas-de-Calais se classe 14^e sur 22 régions pour la densité de spécialistes en 2011. Cela représente environ 149 patients de plus par spécialiste que la moyenne française. La situation s'est améliorée depuis 2001 où la région se situait en queue de classement (20^e/22), juste devant la Champagne-Ardenne et la Picardie, avec un surplus d'environ 202 personnes par spécialiste par rapport à la moyenne française.

⁴ Voir les indicateurs de mortalité : 27 % de surmortalité régionale toutes causes et plus de 37 % de surmortalité avant 65 ans sur la période 2005-2008, soit la dernière région française.

⁵ Coldefy M, Com-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V. Distance et temps d'accès aux soins en France Métropolitaine. *Études et résultats* 2001 ; 764 : 8 p.

⁶ Trédez G, Lacoste O. *Accessibilité des professionnels de santé : une approche régionale de l'offre de soins et de son éloignement*. Loos : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2008 ; 130 p.

Car si le Nord – Pas-de-Calais ne connaît que peu d'espaces ruraux comparativement à d'autres régions françaises, certains de ses territoires en retrait des principales agglomérations régionales sont déjà confrontés à la difficulté de remplacer des professionnels de santé libéraux qui partent à la retraite. Attirer et retenir les professionnels de santé, insuffler une dynamique d'attractivité et collaborer avec les territoires voisins est un enjeu majeur de ces 20 prochaines années pour les territoires fragilisés. Dans ce contexte, il semble important de s'intéresser aux dynamiques de migration des professionnels de santé et à leurs effets au sein des différentes zones d'emploi de la région sur ces dernières années.

Objectifs

Ce rapport doit permettre de caractériser les zones d'emploi du Nord – Pas-de-Calais au regard :

- de la polarisation et de l'étalement des professionnels sur le territoire par rapport au reste de la France ;
- de l'offre de soins disponible localement (desserte/densité) ;
- du bilan migratoire des professionnels de santé comparé à celui de l'ensemble de la population active, avant et après 40 ans.

Méthode utilisée

- Analyse des données du recensement de la population qui permettent de connaître le lieu de résidence des professionnels de santé au recensement précédent ;
- Définition de deux périodes pour l'analyse des migrations : 1990-1999 et 2002-2007 ;
- Analyse par profession du bilan migratoire du Nord – Pas-de-Calais sur les deux périodes (taux de fuite et taux d'attraction), avant et après 40 ans ;
- Analyse de la répartition de quelques professions de santé (concentration/étalement) par zone d'emploi ;
- Analyse de l'évolution des effectifs par profession et par zone d'emploi ;
- Approche typologique par zone d'emploi à partir de l'analyse de l'évolution de l'ensemble de la population active et des professionnels de santé.

Territoires concernés

L'ensemble des zones d'emploi de France afin de disposer d'éléments de comparaison pour les zones d'emploi du Nord – Pas-de-Calais.

L'approche par zone d'emploi est privilégiée car ces territoires sont relatifs à une dynamique basée sur les déplacements domicile/travail de la population active. Ces aires de déplacements privilégiés sous influence d'un centre urbain attractif et polarisant s'adaptent donc naturellement à l'analyse de l'évolution du nombre de professionnels de santé et à leurs migrations internes.

Principaux résultats

La majorité des migrations internes des actifs travaillant dans le secteur de la santé a lieu avant l'âge de 40 ans, quelle que soit la période étudiée et quelle que soit la profession⁷. Il faut essentiellement voir dans les migrations avant cet âge la traduction des premières installations professionnelles qui s'effectuent le plus souvent sur un lieu différent de celui de la fin des études.

La profession dont le niveau de migration est le plus important dans la région est d'ailleurs celle des médecins hospitaliers (sans activité libérale), catégorie regroupant également les internes. C'est aussi sur cette catégorie que le Nord – Pas-de-Calais se montre plus attractif que répulsif avant 40 ans, soulignant le rôle-clé joué par la région en termes d'enseignement et de formation.

⁷ Exception faite des médecins salariés non hospitaliers sur la période 1990-1999 qui se singularisent des autres professions par des migrations internes effectuées en majorité après 40 ans. On peut se poser la question de savoir ce qui diffère dans les mécanismes d'attraction pour que l'essentiel des migrations s'effectue après 40 ans pour cette profession.

Le Nord – Pas-de-Calais fut également attractif pour les psychologues d'orientation scolaire et professionnelle et pour les psychologues et psychanalystes non médicaux sur la période 1990-1999 sans que cela perdure sur la période suivante. Sur les autres professions il se montre plus répulsif qu'attractif, sur les deux périodes étudiées, avant comme après 40 ans. Les taux de fuite des professionnels de santé après 40 ans diffèrent peu de ceux de l'ensemble des actifs occupés.

La région présente un différentiel négatif très important pour les médecins spécialistes libéraux avant 40 ans, avec des taux de fuite de quatre à six fois supérieurs aux taux d'attraction. Ce différentiel se restreint après 40 ans à celui du niveau moyen des actifs occupés.

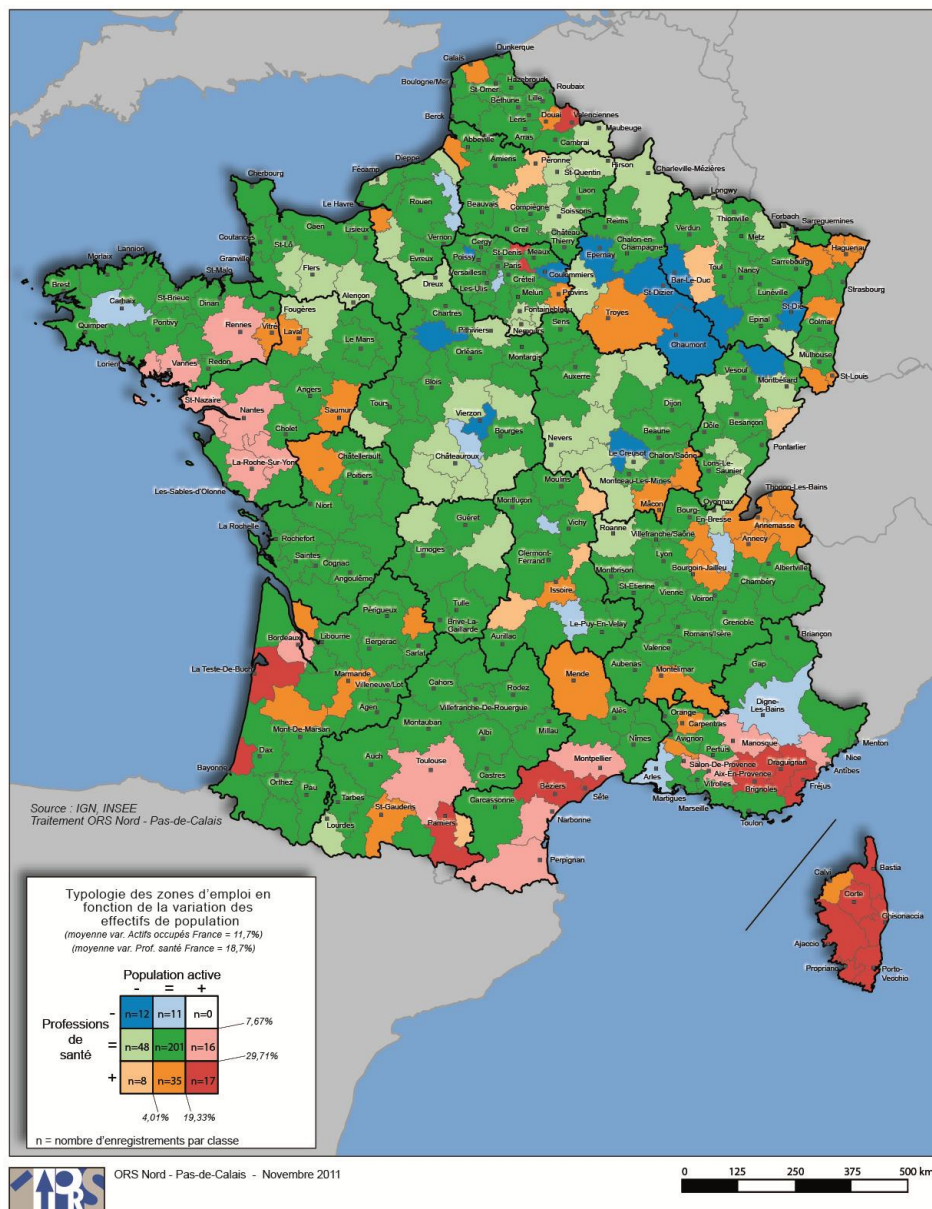
Après 40 ans, les taux de fuite régionaux sont significativement plus importants que les taux d'attraction chez les médecins salariés non hospitaliers pour les deux périodes étudiées, et chez les médecins hospitaliers + internes pour la période 1990-1999.

En termes de polarisation de l'offre de soins, ce rapport met en évidence le poids prédominant des zones d'emploi des capitales régionales par rapport aux autres zones d'emploi. Elles sont le siège des CHU et des gros établissements de soins, concentrent l'essentiel de l'offre de soins d'une région, présentent les plus fortes densités de professionnels de santé et sont souvent entourées d'espaces périphériques insuffisamment denses et moins attractifs pour les professionnels de santé. C'est pourtant dans ces pôles d'offre de soins secondaires que le poids relatif du secteur de la santé dans l'ensemble de l'activité est le plus conséquent. Ces pôles présentent en outre des dynamiques d'évolution plus contrastées que les pôles principaux, en négatif comme en positif. Ce rapport ne permet pas, en revanche, de percevoir à l'intérieur des zones d'emploi les déséquilibres existant entre les villes pôles et leur périphérie où l'offre de soins est moins importante alors que ces espaces sont ceux qui ont absorbé, ces dernières années, les plus fortes croissances de population.

Dans le Nord – Pas-de-Calais, la zone d'emploi du Valenciennois se caractérise par une dynamique d'attraction particulière avec plus de professionnels de santé (+32,4 %) et plus d'actifs (+20,0 %) attirés que les moyennes françaises sur la période 1999-2007, présentant le même profil que la quasi-totalité des zones d'emploi de Corse, d'une partie de la Côte d'Azur et du littoral atlantique. Dans une moindre mesure, les zones d'emploi de Calais et de Douai présentent également une attraction plus importante que la moyenne française pour les professionnels de santé (et dans la moyenne pour les actifs) entre 1999 et 2007. Calais rattrape, en partie seulement, son retard important en offre de soins mais reste tout de même à la 303^e place des 348 zones d'emploi avec une densité 1,5 fois moins élevée que la moyenne française.

Variation des effectifs de population entre 1999 et 2007

Actifs occupés et professionnels de santé - Typologie par zones d'emploi



■ Évolution de la mortalité par cancer entre 1982 et 2006

Contexte

Dans le cadre du plan cancer initié par le Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais, l'ORS Nord – Pas-de-Calais, avec le soutien de ce dernier, a réalisé une étude sur l'évolution de la mortalité par cancer au sein des différents territoires de la France métropolitaine.

Plusieurs études ont montré que la mortalité par cancer demeure une question majeure de santé au sein de notre région. En effet, bien que l'intensité de la mortalité par cancer y ait diminué, l'écart avec le niveau national demeure néanmoins élevé. En 2007, la mortalité par cancer était ainsi 24,4 % supérieure à celle observée au niveau national et cet écart atteignait 36,6 % en termes de mortalité prématurée. En outre, cette surmortalité régionale par cancer est aussi marquée par d'importantes disparités territoriales.

Objectifs

Dans ce contexte, l'ORS Nord – Pas-de-Calais, avec le soutien du Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais, a réalisé une étude sur l'évolution de la mortalité par cancer à l'échelle de différents territoires de la France métropolitaine, comparée à celle de la mortalité générale et de la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire.

Pour ce faire, nous avons retenu la mortalité tous âges par tumeurs ainsi que les cancers prématurés faisant partie de la mortalité prématurée évitable par des actions sur le système de soins et par des actions sur les comportements à risque et pour lesquels le nombre de décès par territoire apparaissait suffisant pour l'analyse.

Méthode utilisée

Jusqu'en 2010, les études réalisées par l'ORS Nord – Pas-de-Calais sur l'évolution chronologique de la mortalité étaient limitées, pour des raisons techniques⁸, à la région Nord – Pas-de-Calais, à ses départements et à l'ensemble de la France métropolitaine.

Afin d'étendre ses capacités d'analyse de l'évolution de la mortalité à l'ensemble des territoires de la France métropolitaine, l'ORS Nord – Pas-de-Calais a souhaité concentrer ses moyens sur deux périodes en se dotant des décès domiciliés annuels de la France métropolitaine des années 1980-1983 et 2005-2008. Ainsi, grâce à ce jeu de données, il est devenu possible de mesurer l'évolution de la mortalité des territoires de la région Nord – Pas-de-Calais et de la comparer à celle des territoires des autres régions de France métropolitaine.

L'analyse repose sur les trois indicateurs suivants :

- L'indice comparatif de mortalité centré sur le recensement de 1982 ;
- L'indice comparatif de mortalité centré sur le recensement de 2007 ;
- L'indice comparatif d'évolution de la mortalité (ICEM) entre les recensements de 1982 et de 2007.

Afin d'obtenir un niveau de signification statistique des résultats suffisant, les indices de mortalité centrés sur 1982 et 2007 sont calculés en cumulant sur chaque période quatre années de mortalité encadrant ces deux périodes.

L'ORS a défini deux niveaux d'analyse de la mortalité par cause de cancer (Tableau n° 1).

⁸ Depuis 2009, l'ORS Nord – Pas-de-Calais acquiert les données annuelles de mortalité de l'ensemble des communes de France métropolitaine.

Mortalité tous âges due à l'ensemble des tumeurs malignes

Ce premier niveau d'analyse regroupe l'ensemble des tumeurs malignes. Il permettra en particulier de comparer la mortalité due à ce groupe de pathologies à l'ensemble de la mortalité tous âges et la mortalité tous âges due aux maladies de l'appareil circulatoire, autre grande cause de mortalité en France.

Les cancers de la mortalité prématurée évitable

Le second niveau de l'analyse sera axé exclusivement sur les cancers composant les deux groupes de la mortalité prématurée évitable suivants :

1. La mortalité prématurée évitable par des actions sur le système de soins⁹ ;
2. La mortalité prématurée évitable par des actions sur les comportements à risque individuels¹⁰.

Hormis dans le cas des causes de décès par cancer spécifique à un sexe (cancer de l'utérus, cancer de la prostate...), l'ensemble des résultats portant sur la mortalité prématurée par cancer (avant 65 ans) regroupe les deux sexes, ce qui permet également d'accroître la signification statistique des résultats des territoires les moins peuplés.

Néanmoins, certaines causes de décès par cancer retenues dans la mortalité évitable par des actions sur le système de soins, comme la leucémie, le cancer de la peau, le cancer de l'utérus ou la maladie de Hodgkin, ont été écartées de l'analyse en raison du manque de signification statistique des résultats.

Afin d'aider à la lecture des résultats, nous avons classé les indices comparatifs d'évolution de la mortalité (ICEM) en cinq degrés d'évolution de la mortalité (Graphique n° 1). Chaque niveau d'évolution renvoie à une couleur précise qui permettra de repérer facilement, dans les tableaux et les graphiques, à quel niveau d'évolution appartiennent les différents territoires.

L'échelle que nous proposons a été réalisée dans la logique d'une baisse de la mortalité nationale qui est la tendance dominante. Ainsi, dans un contexte national de baisse de mortalité, une évolution de 30 % supérieure (vert foncé) indique une diminution plus rapide de la mortalité. Toutefois, dans le cas où la mortalité nationale augmenterait, la hiérarchie de ces cinq classes s'en trouverait très logiquement inversée. En effet, une évolution de la mortalité supérieure de 30 % à l'évolution nationale (vert foncé) indiquerait, dans un contexte de hausse de la mortalité, une dégradation de la situation. Inversement, une évolution de 30 % inférieure au niveau national (marron foncé) représenterait, dans ce même contexte national de hausse de la mortalité, une évolution plus favorable.

Tableau n° 1 : Causes de décès « ciblées »

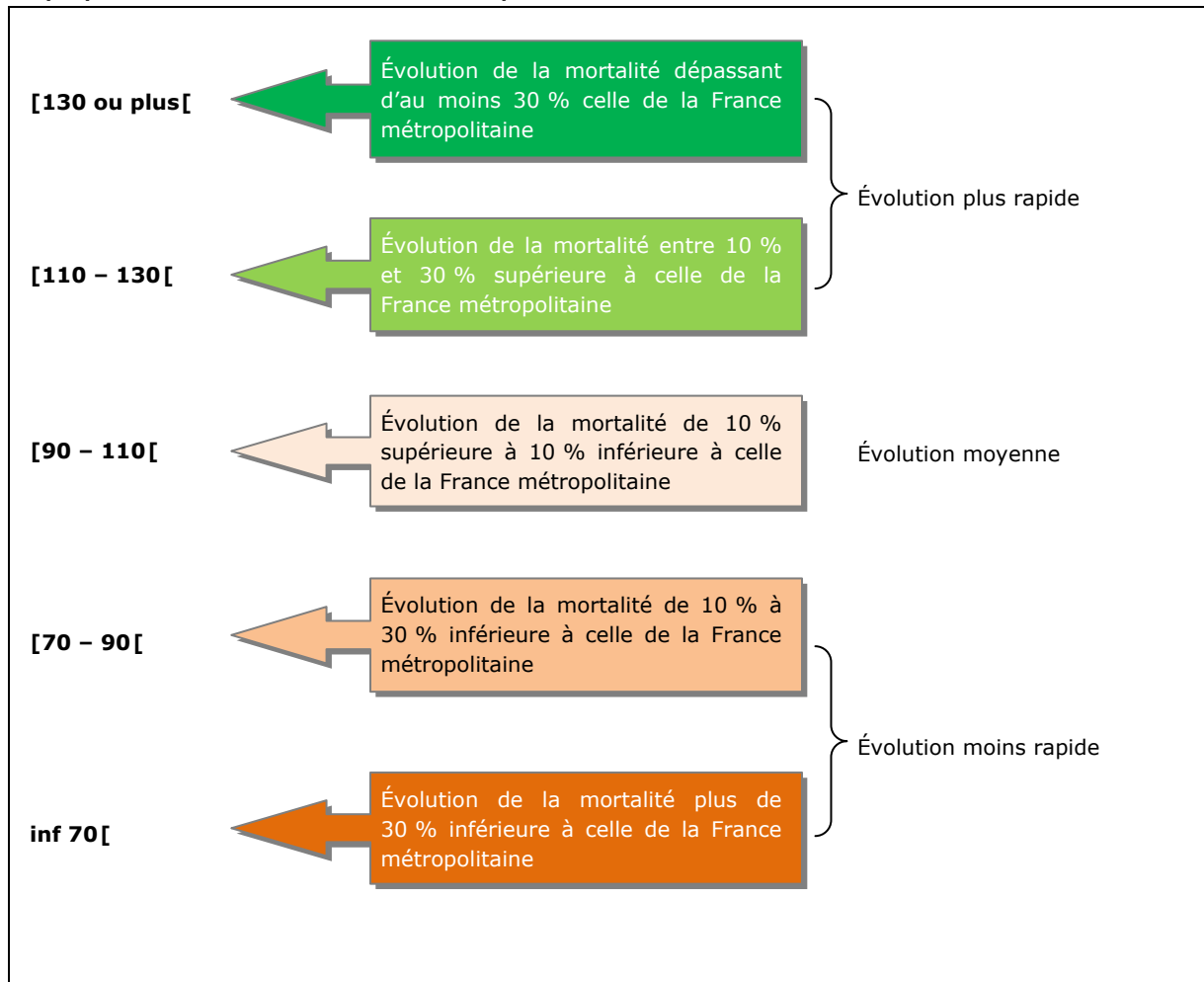
Causes de décès (CIM9)	Mortalité tous âges	Mortalité prématurée
Toutes causes	X	
Ensemble des tumeurs	X	
Ensemble des maladies cardiovasculaires	X	
Mortalité prématurée évitable par des actions sur le système de soins		X
<i>Cancer de la peau</i>		X
<i>Cancer du sein</i>		X
<i>Cancer de l'utérus</i>		X
<i>Maladie de Hodgkin</i>		X
<i>Leucémie</i>		X
Mortalité prématurée évitable par des actions sur les facteurs de risque individuels		X
<i>Tumeurs des Vads (lèvres, cavité buccale, pharynx, larynx, œsophage)</i>		X
<i>Tumeurs de la trachée, des bronches et du poumon</i>		X

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais.

⁹ Typhoïde, tuberculose, tétanos, cancer de la peau, cancer du sein, cancers de l'utérus, maladie de Hodgkin, leucémie, cardiopathie rhumatismale, maladies hypertensives, cardiopathies ischémiques, maladies vasculaires cérébrales, ulcères digestifs, mortalité maternelle.

¹⁰ 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.

Graphique n° 1 : Classification des ICEM en cinq niveaux d'évolution



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais.

Territoires concernés

L'analyse de l'évolution de la mortalité par cancer porte exclusivement sur les limites territoriales de la France métropolitaine. Les territoires retenus sont :

1. Les régions ;
2. Les zones d'emploi ;
3. Les communautés d'agglomération.

Principaux résultats

Le Nord – Pas-de-Calais accuse une diminution de sa mortalité toutes causes tous âges du même ordre que le niveau national (ICEM de 94). La baisse est également identique au niveau national s'agissant de la mortalité tous âges par maladies de l'appareil circulatoire, ainsi que de la mortalité prématurée évitable par des actions sur les facteurs de risque ou par des actions sur le système de soins.

En revanche, les baisses de la mortalité tous âges par tumeurs, de la mortalité prématurée par tumeurs malignes des VADS et de l'œsophage, ou encore de la mortalité prématurée par cancer du sein chez les femmes, ont été moins rapides que celles observées au niveau national. La mortalité prématurée par tumeurs broncho-pulmonaires, dont l'ICEM semble indiquer une hausse moins importante que celle de l'Hexagone, fait figure d'exception. Cette situation particulière est peut-être à rapprocher de la sous-mortalité féminine observée dans la région pour cette pathologie.

Sur le plan infrarégional, hormis la CA de Saint-Omer, l'ensemble des territoires (zones d'emploi, CA et CU) du Nord – Pas-de-Calais a connu une évolution moyenne de la mortalité tous âges par maladies de l'appareil circulatoire (évolution située entre + ou – 10 % autour de l'évolution nationale).

Par contre, les ICEM des différents types de mortalité par cancer font ressortir d'importantes inégalités territoriales opposant d'un côté, des zones ayant connu une évolution de la mortalité proche voire légèrement supérieure à celle de la France (zone d'emploi et CU de Lille) à des zones ayant connu, par rapport aux tendances nationales, des baisses beaucoup plus lentes, voire des hausses de leur mortalité par tumeurs dans certaines zones comme c'est le cas dans la CA de l'Artois et la CA de Lens-Liévin.

Tableau n° 2 : Indice comparatif d'évolution de la mortalité tous âges et prématurée par région et par causes de décès (les deux sexes confondus excepté cancer du sein)

Régions	Mortalité tous âges						Mortalité prématurée évitable par des actions sur				Mortalité prématurée					
	Toutes causes		Appareil circulatoire		Tumeurs		les facteurs de risque		le système de soins		Tumeurs malignes des VADS et de l'œsophage		Tumeurs malignes broncho-pulmonaires (1)		Tumeurs malignes du sein chez les femmes	
	ICEM	Rang	ICEM	Rang	ICEM	Rang	ICEM	Rang	ICEM	Rang	ICEM	Rang	ICEM	Rang	ICEM	Rang
Alsace	118	1 sur 22	110	1 sur 22	155	1 sur 22	142	1 sur 22	118	1 sur 22	120	1 sur 22	-11	21 sur 22	204	1 sur 22
Île-de-France	107	4 sur 22	105	3 sur 22	141	2 sur 22	121	2 sur 22	101	8 sur 22	112	2 sur 22	-8	20 sur 22	125	8 sur 22
Rhône-Alpes	109	3 sur 22	104	4 sur 22	127	3 sur 22	114	5 sur 22	110	3 sur 22	101	11 sur 22	30	19 sur 22	152	5 sur 22
Franche-Comté	100	8 sur 22	100	7 sur 22	114	4 sur 22	84	15 sur 22	106	4 sur 22	106	6 sur 22	68	16 sur 22	184	3 sur 22
Bretagne	109	2 sur 22	103	5 sur 22	115	5 sur 22	115	4 sur 22	105	5 sur 22	111	3 sur 22	266	5 sur 22	59	18 sur 22
Lorraine	101	7 sur 22	106	2 sur 22	99	6 sur 22	105	6 sur 22	110	2 sur 22	102	9 sur 22	36	18 sur 22	125	7 sur 22
Basse-Normandie	98	10 sur 22	98	12 sur 22	97	7 sur 22	102	8 sur 22	98	11 sur 22	107	5 sur 22	203	7 sur 22	7	22 sur 22
Provence-Alpes-Côte d'Azur	97	13 sur 22	97	15 sur 22	91	8 sur 22	71	17 sur 22	91	19 sur 22	82	18 sur 22	78	15 sur 22	130	6 sur 22
Haute-Normandie	94	15 sur 22	95	17 sur 22	87	9 sur 22	119	3 sur 22	94	16 sur 22	104	8 sur 22	81	14 sur 22	100	9 sur 22
Aquitaine	98	9 sur 22	99	9 sur 22	85	10 sur 22	78	16 sur 22	95	14 sur 22	88	16 sur 22	177	8 sur 22	78	11 sur 22
Limousin	92	16 sur 22	97	14 sur 22	84	11 sur 22	67	18 sur 22	100	9 sur 22	89	15 sur 22	292	2 sur 22	46	19 sur 22
Bourgogne	92	17 sur 22	96	16 sur 22	84	12 sur 22	95	12 sur 22	101	7 sur 22	102	10 sur 22	173	9 sur 22	80	10 sur 22
Picardie	87	21 sur 22	93	20 sur 22	82	13 sur 22	101	9 sur 22	91	18 sur 22	101	12 sur 22	113	13 sur 22	20	21 sur 22
Pays de la Loire	103	5 sur 22	99	10 sur 22	82	14 sur 22	97	11 sur 22	98	12 sur 22	98	13 sur 22	309	1 sur 22	70	14 sur 22
Champagne-Ardenne	89	18 sur 22	91	22 sur 22	81	15 sur 22	103	7 sur 22	92	17 sur 22	108	4 sur 22	134	12 sur 22	72	13 sur 22
Corse	103	6 sur 22	93	21 sur 22	81	16 sur 22	63	20 sur 22	86	22 sur 22	62	21 sur 22	399	22 sur 22	192	2 sur 22
Midi-Pyrénées	98	11 sur 22	100	6 sur 22	78	17 sur 22	64	19 sur 22	97	13 sur 22	71	20 sur 22	249	6 sur 22	56	16 sur 22
Auvergne	97	12 sur 22	99	8 sur 22	73	18 sur 22	91	13 sur 22	104	6 sur 22	104	7 sur 22	266	4 sur 22	41	20 sur 22
Nord - Pas-de-Calais	94	14 sur 22	99	11 sur 22	65	19 sur 22	99	10 sur 22	99	10 sur 22	86	17 sur 22	61	17 sur 22	50	17 sur 22
Centre	88	20 sur 22	94	19 sur 22	65	20 sur 22	90	14 sur 22	88	20 sur 22	98	14 sur 22	172	10 sur 22	64	15 sur 22
Poitou-Charentes	87	22 sur 22	98	13 sur 22	61	21 sur 22	55	21 sur 22	94	15 sur 22	71	19 sur 22	276	3 sur 22	73	12 sur 22
Languedoc-Roussillon	88	19 sur 22	94	18 sur 22	57	22 sur 22	38	22 sur 22	88	21 sur 22	57	22 sur 22	169	11 sur 22	159	4 sur 22

Source : INSEE - Recensement de la population, INSERM - CépiDc. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

(1) Dans le cas des cancers broncho-pulmonaires, où la tendance nationale est à la hausse, l'interprétation de l'ICEM est inversée. Ainsi, une évolution inférieure de 30 % à l'évolution nationale (en marron foncé) signifie que l'augmentation de la mortalité a été moins rapide que celle de la France métropolitaine.

Tableau n° 3 : Indice comparatif d'évolution de la mortalité tous âges et prématurée par zones d'emploi du Nord – Pas-de-Calais et par causes de décès (les deux sexes confondus excepté cancer du sein)

Zones d'emploi	Mortalité tous âges						Mortalité prématurée évitable par des actions sur				Mortalité prématurée					
	Toutes causes		Appareil circulatoire		Tumeurs		les facteurs de risque		le système de soins		Tumeurs malignes des VADS et de l'œsophage		Tumeurs malignes broncho-pulmonaires		Tumeurs malignes du sein chez les femmes	
	ICEM	Rang	ICEM	Rang	ICEM	Rang	ICEM	Rang	ICEM	Rang	ICEM	Rang	ICEM	Rang	ICEM	Rang
Lille	103	68 sur 304	104	69 sur 304	108	93 sur 304	115	56 sur 304	107	73 sur 304	102	115 sur 304	-33	277 sur 304	58	166 sur 304
Berck - Montreuil	86	243 sur 304	98	161 sur 304	100	104 sur 304	98	123 sur 304	72	281 sur 304	109	85 sur 304	-30	276 sur 304	7	215 sur 304
Boulogne-sur-mer	82	265 sur 304	95	206 sur 304	96	115 sur 304	81	177 sur 304	100	128 sur 304	108	92 sur 304	-67	154 sur 304	69	164 sur 304
Roubaix - Tourcoing	96	135 sur 304	98	155 sur 304	88	130 sur 304	106	92 sur 304	93	185 sur 304	101	123 sur 304	24	250 sur 304	16	207 sur 304
Cambrai	89	219 sur 304	92	240 sur 304	84	145 sur 304	94	141 sur 304	95	173 sur 304	86	187 sur 304	-7	266 sur 304	43	191 sur 304
Flandre - Lys	89	223 sur 304	98	156 sur 304	82	151 sur 304	91	152 sur 304	114	40 sur 304	95	150 sur 304	176	149 sur 304	364	5 sur 304
Arras	93	173 sur 304	94	208 sur 304	77	164 sur 304	102	104 sur 304	97	149 sur 304	82	205 sur 304	-40	236 sur 304	40	195 sur 304
Saint-Omer	86	245 sur 304	90	246 sur 304	75	170 sur 304	80	184 sur 304	77	267 sur 304	78	222 sur 304	25	249 sur 304	-248	287 sur 304
Dunkerque	89	220 sur 304	94	216 sur 304	72	186 sur 304	106	91 sur 304	87	217 sur 304	85	192 sur 304	0	263 sur 304	29	200 sur 304
Douai	97	127 sur 304	99	145 sur 304	68	204 sur 304	96	131 sur 304	107	78 sur 304	80	212 sur 304	7	259 sur 304	92	140 sur 304
Calais	94	161 sur 304	100	119 sur 304	63	216 sur 304	116	48 sur 304	112	49 sur 304	97	137 sur 304	31	243 sur 304	-241	285 sur 304
Mauquoy	97	126 sur 304	102	98 sur 304	48	250 sur 304	111	71 sur 304	93	184 sur 304	83	202 sur 304	101	201 sur 304	144	104 sur 304
Valenciennes	91	199 sur 304	100	132 sur 304	21	286 sur 304	96	129 sur 304	92	193 sur 304	77	224 sur 304	136	178 sur 304	-109	277 sur 304
Béthune - Bruay	86	241 sur 304	92	232 sur 304	11	292 sur 304	74	198 sur 304	98	142 sur 304	52	274 sur 304	132	176 sur 304	113	124 sur 304
Lens - Hénin	92	183 sur 304	104	72 sur 304	-6	300 sur 304	72	202 sur 304	104	99 sur 304	54	271 sur 304	208	81 sur 304	80	155 sur 304

Source : INSEE - Recensement de la population, INSERM - CépiDc. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

(1) Dans le cas des cancers broncho-pulmonaires, où la tendance nationale est à la hausse, l'interprétation de l'ICEM est inversée. Ainsi, une évolution inférieure de 30 % à l'évolution nationale (en marron foncé) signifie que l'augmentation de la mortalité a été moins rapide que celle de la France métropolitaine.

Tableau n° 4 : Indice comparatif d'évolution de la mortalité tous âges et prématurée par CA et CU du Nord – Pas-de-Calais et par causes de décès (les deux sexes confondus excepté cancer du sein)

Communautés urbaines et communautés d'agglomérations	Mortalité tous âges						Mortalité prématurée évitable par des actions sur				Mortalité prématurée					
	Toutes causes		Appareil circulatoire		Tumeurs		les facteurs de risque		le système de soins		Tumeurs malignes des VADS et de l'œsophage		Tumeurs malignes broncho-pulmonaires		Tumeurs malignes du sein chez les femmes	
	ICEM	Rang	ICEM	Rang	ICEM	Rang	ICEM	Rang	ICEM	Rang	ICEM	Rang	ICEM	Rang	ICEM	Rang
CU de Lille Métropole	100	75 sur 183	101	84 sur 183	101	96 sur 183	111	51 sur 183	100	71 sur 183	103	83 sur 183	-12	142 sur 183	35	125 sur 183
CA de Saint Omer	81	171 sur 183	89	164 sur 183	86	121 sur 183	71	136 sur 183	81	146 sur 183	83	130 sur 183	26	121 sur 183	-92	182 sur 183
CU de Dunkerque Grand Littoral	87	147 sur 183	92	150 sur 183	84	124 sur 183	107	64 sur 183	87	128 sur 183	83	131 sur 183	66	170 sur 183	54	119 sur 183
CA du Boulonnais	81	173 sur 183	97	118 sur 183	77	135 sur 183	77	130 sur 183	97	86 sur 183	107	66 sur 183	177	54 sur 183	62	113 sur 183
CA de Combrail	83	164 sur 183	94	135 sur 183	74	138 sur 183	74	133 sur 183	86	133 sur 183	93	109 sur 183	-40	159 sur 183	29	127 sur 183
CA du Douaisis	93	111 sur 183	96	121 sur 183	65	153 sur 183	95	95 sur 183	106	47 sur 183	81	137 sur 183	-29	152 sur 183	137	75 sur 183
CA Maubeuge Val de la Sambre	98	82 sur 183	103	66 sur 183	65	154 sur 183	113	47 sur 183	83	140 sur 183	76	147 sur 183	96	89 sur 183	170	53 sur 183
CU d'Arras	82	167 sur 183	96	124 sur 183	60	157 sur 183	92	102 sur 183	95	93 sur 183	101	91 sur 183	24	125 sur 183	100	96 sur 183
CA du Calaisis	95	105 sur 183	106	43 sur 183	51	163 sur 183	101	78 sur 183	111	35 sur 183	103	82 sur 183	72	97 sur 183	-417	181 sur 183
CA d'Hénin Carvin	95	108 sur 183	98	105 sur 183	28	174 sur 183	81	122 sur 183	109	39 sur 183	73	148 sur 183	163	58 sur 183	185	49 sur 183
CA de Valenciennes Métropole	92	119 sur 183	100	91 sur 183	26	175 sur 183	76	131 sur 183	91	107 sur 183	66	158 sur 183	190	50 sur 183	6	136 sur 183
CA de la Porte du Hainaut	88	143 sur 183	98	104 sur 183	15	179 sur 183	113	48 sur 183	93	97 sur 183	86	126 sur 183	64	101 sur 183	-326	178 sur 183
CA de l'Artois	84	163 sur 183	92	149 sur 183	-11	182 sur 183	64	150 sur 183	94	94 sur 183	41	175 sur 183	153	63 sur 183	66	110 sur 183
CA de Lens - Liévin	91	129 sur 183	106	39 sur 183	-29	183 sur 183	69	141 sur 183	100	70 sur 183	42	174 sur 183	150	18 sur 183	9	134 sur 183

Source : INSEE - Recensement de la population, INSERM - CépIdC. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

(1) Dans le cas des cancers broncho-pulmonaires, où la tendance nationale est à la hausse, l'interprétation de l'ICEM est inversée. Ainsi, une évolution inférieure de 30 % à l'évolution nationale (en marron foncé) signifie que l'augmentation de la mortalité a été moins rapide que celle de la France métropolitaine.

■ Évaluation quantitative et qualitative de la PACES de l'Université de Lille 2 à Boulogne-sur-Mer

Contexte

Pressentie dès 2005-2006, la PCEM 1, devenue par la suite PACES de l'Université de Lille 2 à Boulogne-sur-Mer, a été inaugurée en 2009-2010. Elle trouve sa place dans le cadre d'un plan régional d'aménagement sanitaire du territoire alliant renforcement des équipements lourds et dynamisation de la formation des professions de santé des premier, deuxième et troisième cycles. Au terme de deux années et demie de fonctionnement, le Conseil Régional et les partenaires de cette expérimentation ont souhaité que l'ORS en conduise l'évaluation.

Objectifs

L'objectif de cette évaluation était d'examiner l'utilité, la faisabilité, l'opportunité et enfin, la pertinence de la PACES boulognaise.

Méthode utilisée

La méthode a été triple :

- Une évaluation quantitative portant sur les résultats au concours (2010-2011 et 1^{er} trimestre 2012), puis sur l'origine et le devenir des étudiants (2010-2011 et de 2009-2010 en 2010-2011) ;
- Une évaluation qualitative portant sur le processus de mise en place et le fonctionnement de la PACES (entretiens à Lille, Boulogne, et Le Havre) ainsi que sur le vécu et la perception des étudiants (analyse de contenu à Lille et Boulogne) ;
- Enfin, des entretiens ont été conduits à Lille et Boulogne.

Territoires concernés

Agglomération de Boulogne-sur-Mer, arrondissements du Littoral, région Nord – Pas-de-Calais.

Partenaires associés

Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais

Communauté d'agglomération de Boulogne-sur-Mer

Université Lille 2

Faculté de Médecine

Centre d'Études et de Recherche en Informatique Médicale

Unité de Biostatistiques, Pôle de Santé Publique, CHRU Lille

Observatoire Régional des Études Supérieures, PRES Université Lille Nord de France

Université Catholique de Lille

Communauté d'agglomération du Havre

OLIVIER LACOSTE, ORS

ALAIN DUHAMEL, Unité de Biostatistiques

JULIA SALLERON, Unité de Biostatistiques

MARIE NOËLLE DECHARNE, ORES

LAETITIA ZIELINSKI, ORES

MADIOU SAMPIL, ORS

DIMITRI CHOURCHOUILLIS, ORS

CONTRIBUTEURS



Origines et objets

- Plan régional démographie des professions de santé & démocratisation des études supérieures
 - 1^{er}, deuxième et troisième cycles ;
 - Chefs de clinique en Région ;
 - Etc.
- Boulogne pôle d'excellence santé et compétence santé aggro.
- Développement souhaité à Boulogne de passerelles vers d'autres métiers de la santé.
- Accroissement du nombre d'étudiants en PCEM1
- Exiguïté de la Nouvelle Faculté de médecine (1996) prévue pour 1 250 étudiants
- Doublement des amphi « prof » et télétransmission



Pied de page

6

3 sorties envisagées a priori

- **Arrêt de la PACES si**
 - ✓ Résultats au concours structurellement insuffisants (cp)
 - ✓ Trop de risques juridiques
- **Prolongation de l'expérimentation**
 - ✓ Résultats, effets induits, processus et fonctionnement satisfaisant
 - ✓ Résultats, effets induits, processus et fonctionnement améliorables raisonnablement
- **Choix d'un autre site**
 - ✓ Si site non favorable compte tenu de l'offre ou du recrutement



Pied de page

10

Conduite du projet

- Ouverture de 2008 -2009 repoussée
 - Choix de solution technique et d'opérateur discutable pour la vidéo-transmission
- Première année 2009-2010
- PACES annoncée en 2008 mise en place à la rentrée 2010
- **Aucun problème notable technique ni pédagogique mais perte de contact entre partenaires sur un même projet commun.**



Pied de page

8

Si résultats comparables

	Boulogne télé-enseignement 86 obs			Lille faculté 86 obs		
Items numériques	Effectif	Moyenne +/- STD	IC95%	Effectif	Moyenne +/- STD	IC95%
Note Tronc Commun	82	6.19 +/-3.73	[5.37 - 7.01]	80	6.65 +/-3.4	[5.90 - 7.41]
Note Médecine	61	6.3 +/-3.96	[5.29 - 7.31]	59	6.07 +/-3.66	[5.12 - 7.02]

Pas de perte de chance
Pas de surcroît de chance
Idem pour le premier quadrimestre

Score de
propension

 Pied de page 12

SCENARIO 1

- ARRÊT
 - ✓ Si bilan risques/opportunités est négatif pour Lille2 ;
 - ✓ Si effets induits sur les étudiants non reçus structurellement négatifs (en dépit des ressources locales) ;
 - ✓ Si PACES n'est pas plus attractive et sur une plus grande diversité de milieux sociaux ;
 - ✓ Si la PACES reste un sujet de désaccords plus que d'alliance bien que faisant partie d'un projet plus vaste.

 Pied de page 18

SCENARIO 2

- PROLONGATION
 - ✓ Si résultats pondérés de la PACES sont portés à la connaissance ;
 - ✓ Si le choix de Boulogne est valorisé ;
 - ✓ Si accompagnement des étudiants non reçu n'est pas revu ;
 - ✓ Si l'on recherche à accroître et diversifier le recrutement ;
 - ✓ S'inspirer du Havre pour les relations avec les lycées.
 - ✓ Si engagement mutuel et explicité sur projet et conduite d'un même projet coordonné.

 Pied de page 19

■ 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, infirmiers). 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 1^{er} 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 cinq 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.

Il a été prévu que cette publication soit suivie d'un atelier de prospective tenu par les services du Conseil Régional, dans le cours de l'année 2012.

Territoires concernés

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

UDAPEI

Contexte

L'ORS a été sollicité par l'UDAPEI pour la réalisation d'une enquête épidémiologique descriptive sur échantillon représentatif au sein des APEI « Papillons Blancs » du Nord, portant sur l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap mental.

Objectifs

Cette étude s'attachera à décrire et analyser l'accès à la santé des personnes souffrant d'une déficience intellectuelle accueillies et/ou accompagnées et relevant des APEI « Papillons Blancs » du Nord. L'accès à la santé pour cette population ne se limitera pas seulement à l'accès aux soins courants, mais comprendra également les recours effectifs à d'autres volets de la santé tels que : la prévention (sexualité, cancer, cardiologie, alimentation, addiction, etc.).

Méthode utilisée

Enquête par questionnaire informatique, achevée le 10 décembre 2011.

Territoires concernés

Région Nord – Pas-de-Calais.

Principaux résultats

Enquête en cours d'analyse.

Mise à jour et développement 2011 des indicateurs de mortalité du site de l'ORS

Contexte

Dans le cadre de la mise à jour et du développement des indicateurs de mortalité, l'ORS Nord – Pas-de-Calais a réalisé en 2011 :

1. La mise à jour des indices comparatifs de mortalité (ICM) sur la période 2006-2009 ;
2. Le développement d'un indicateur d'évolution de la mortalité intercensitaire, l'indice comparatif d'évolution de la mortalité (ICEM) entre les recensements de 1982 et 2007.

Objectifs

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

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

En effet, la majorité des tableaux permettent dorénavant, pour la plupart 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. Ils permettent également, en fonction de ce même classement, de connaître les territoires (appartenant ou non à la région) se situant juste avant et juste après chaque territoire du Nord – Pas-de-Calais ainsi que la valeur de leur indicateur statistique.

Méthode utilisée

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

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 de ses partenaires. Pour ce faire, il s'efforce d'acquérir les éléments statistiques à l'échelle communale afin de les agréger au niveau territorial souhaité.

Dans la prochaine mise à jour des indicateurs, les deux territoires de l'ARS Nord – Pas-de-Calais seront intégrés dans les tableaux statistiques :

1. Les territoires de santé ;
2. Les territoires de proximité conjugués avec les zones d'emploi du reste de la France métropolitaine.

Principaux résultats

Actualisation des tableaux d'indices comparatifs de mortalité (ICM) sur la période 2006-2009

Les nouveaux ICM seront calculés à partir du cumul des décès 2006, 2007, 2008 et 2009, et de la population recensée au milieu de cette période (recensement 2008) à l'aide du logiciel SAS (Version 9.2). Ils seront déclinés selon les 21 causes de mortalité suivantes :

1. Mortalité toutes causes de décès confondues dans le Nord – Pas-de-Calais 2006-2009 ;
2. Mortalité évitable par des actions sur les facteurs de risque individuels dans le Nord – Pas-de-Calais 2006-2009 ;

3. Mortalité évitable par des actions sur le système de soins dans le Nord – Pas-de-Calais 2006-2009 ;
4. Mortalité par cardiopathies ischémiques dans le Nord – Pas-de-Calais 2006-2009 ;
5. Mortalité par maladies de l'appareil respiratoire dans le Nord – Pas-de-Calais 2006-2009 ;
6. Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire dans le Nord – Pas-de-Calais 2006-2009 ;
7. Mortalité par maladies cérébrovasculaires dans le Nord – Pas-de-Calais 2006-2009 ;
8. Mortalité par maladie chronique du foie dans le Nord – Pas-de-Calais 2006-2009 ;
9. Mortalité par tumeurs malignes dans le Nord – Pas-de-Calais 2006-2009 ;
10. Mortalité par tumeur maligne du col de l'utérus dans le Nord – Pas-de-Calais 2006-2009 ;
11. Mortalité par tumeur maligne du côlon dans le Nord – Pas-de-Calais 2006-2009 ;
12. Mortalité par tumeur maligne de l'estomac dans le Nord – Pas-de-Calais 2006-2009 ;
13. Mortalité par tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx, dans le Nord – Pas-de-Calais 2006-2009 ;
14. Mortalité par tumeur maligne du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon, dans le Nord – Pas-de-Calais 2006-2009 ;
15. Mortalité par tumeur maligne de la prostate dans le Nord – Pas-de-Calais 2006-2009 ;
16. Mortalité par tumeur maligne de l'œsophage dans le Nord – Pas-de-Calais 2006-2009 ;
17. Mortalité par tumeur maligne du sein dans le Nord – Pas-de-Calais 2006-2009 ;
18. Mortalité par abus d'alcool (y compris psychose alcoolique) dans le Nord – Pas-de-Calais 2006-2009 ;
19. Mortalité par accidents de la circulation dans le Nord – Pas-de-Calais 2006-2009 ;
20. Mortalité par diabète sucré dans le Nord – Pas-de-Calais 2006-2009 ;
21. Mortalité par suicides dans le Nord – Pas-de-Calais 2006-2009.

Actuellement en cours de validation, les ICM 2006-2009 devraient progressivement être intégrés sur le site de l'ORS Nord – Pas-de-Calais début 2012.

Sortie Excel prévue des nouveaux tableaux d'ICM 2006-2009 par zone géographique de la région

CIM 10 : A00-Y89 - Toutes causes		Mortalité tous âges Hommes								Mortalité tous âges Femmes							
2006 - 2009																	
Découpage territorial	Nom du territoire	Territoire classé juste avant	Territoire classé juste après	Nombre de décès observés cumulés	ICM (France=100)					Territoire classé juste avant	Territoire classé juste après	Nombre de décès observés cumulés	ICM (France=100)				
					IC inf	ICM	IC sup	Rang (2)					IC inf	ICM	IC sup	Rang (2)	
RÉGION	Nord - Pas-de-Calais	Picardie (ICM=115,8)	Nord - Pas-de-Calais (ICM=130,3)	74 015	129,4	130,3	***	131,3	22 sur 22	Picardie (ICM=117,3)	Nord - Pas-de-Calais (ICM=122,2)	69 079	121,3	122,2	***	123,1	22 sur 22
DÉPARTEMENT	Nord	Aisne (ICM=122,7)	Pas-de-Calais (ICM=134,0)	45 180	126,9	128,1	***	129,3	95 sur 96	Somme (ICM=118,0)	Aisne (ICM=1210)	41 929	119,4	120,5	***	121,7	94 sur 94
	Pas-de-Calais	Nord (ICM=128,1)	Pas-de-Calais (ICM=134,0)	28 835	132,4	134,0	***	135,5	96 sur 96	Aisne (ICM=1210)	Pas-de-Calais (ICM=125,0)	27 150	123,5	125,0	***	126,5	96 sur 96
TERRITOIRE DE SANTÉ (1)	Artois-Douaisis	Littoral (NPC) (ICM=131,1)	Hainaut-Cambrésis (NPC) (ICM=138,1)	22 946	133,6	135,3	***	137,1	3 sur 4	Littoral (NPC) (ICM=122,9)	Hainaut-Cambrésis (NPC) (ICM=129,4)	22 063	124,9	126,6	***	128,2	3 sur 4
	Hainaut-Cambrésis	Artois-Douaisis (NPC) (ICM=135,3)	Hainaut-Cambrésis (NPC) (ICM=138,1)	15 186	135,9	138,1	***	140,3	4 sur 4	Artois-Douaisis (NPC) (ICM=126,6)	Hainaut-Cambrésis (NPC) (ICM=129,4)	13 874	127,3	129,4	***	131,6	4 sur 4
	Littoral	Métropole-Flandre intérieure (NPC) (ICM=119,8)	Artois-Douaisis (NPC) (ICM=135,3)	15 413	129,0	131,1	***	133,2	2 sur 4	Métropole-Flandre intérieure (NPC)	Artois-Douaisis (NPC) (ICM=126,6)	13 894	120,8	122,9	***	124,9	2 sur 4
	Métropole-Flandre intérieure	Métropole-Flandre intérieure (NPC) (ICM=119,8)	Littoral (NPC) (ICM=131,1)	20 470	118,2	119,8	***	121,5	1 sur 4	Métropole-Flandre intérieure (NPC)	Littoral (NPC) (ICM=122,9)	19 248	111,3	112,9	***	114,5	1 sur 4
ZONE DE PROXIMITÉ (3)	Arrageois	Quimper (BRE) (ICM=117,6)	Abbeville (PIC) (ICM=119,2)	4 646	115,6	119,0	***	122,4	275 sur 275	Redon (BRE) (ICM=117,7)	Laon (PIC) (ICM=119,0)	4 299	114,9	118,5	***	122,0	279 sur 279
	Audomarois	Morlaix (BRE) (ICM=123,4)	Épernay (CHA) (ICM=124,7)	2 155	119,2	124,4	***	129,8	286 sur 286	Flandre intérieure (NPC) (ICM=123,7)	Nemours (IDF) (ICM=125,1)	1 950	118,7	124,2	***	129,8	292 sur 292
	Boulonnais	Cambrésis (NPC) (ICM=136,8)	Béthune Bruay (NPC) (ICM=141,2)	3 224	132,4	137,1	***	141,9	301 sur 301	Lens Hénin (NPC) (ICM=129,2)	Valenciennes (NPC) (ICM=130,0)	3 092	125,1	129,6	***	134,3	299 sur 299
	Béthune Bruay	Boulonnais (NPC) (ICM=137,1)	Valenciennes (NPC) (ICM=143,5)	6 054	137,6	141,2	***	144,8	302 sur 302	Thiérache (PIC) (ICM=125,9)	Saint-Quentin (PIC) (ICM=128,1)	5 919	123,8	127,0	***	130,3	296 sur 296
	Calaisis	Tergnier (PIC) (ICM=129,0)	Saint-Quentin (PIC) (ICM=129,5)	2 745	124,4	129,2	***	134,1	294 sur 294	Commercy (LOR) (ICM=121,2)	Forbach (LOR) (ICM=123,1)	2 529	118,8	121,4	***	126,3	288 sur 288
	Cambrésis	Dunkerquois (NPC) (ICM=133,9)	Boulonnais (NPC) (ICM=137,1)	3 429	132,2	136,8	***	141,4	300 sur 300	Péronne (PIC) (ICM=130,5)	Cambrésis (NPC) (ICM=134,2)	3 248	129,6	134,2	***	138,9	304 sur 304
	Douaisis	Saint-Quentin (PIC) (ICM=129,5)	Carhaix-Plouguerv (BRE) (ICM=131,5)	4 837	127,5	131,2	***	134,9	296 sur 296	Valenciennes (NPC) (ICM=130,0)	Tergnier (PIC) (ICM=130,2)	4 788	126,5	130,2	***	133,9	301 sur 301
	Dunkerquois	Sambre Avesnois (NPC) (ICM=131,7)	Cambrésis (NPC) (ICM=136,8)	4 687	130,1	133,9	***	137,8	299 sur 299	Sartène - Proprian (COR) (ICM=120,4)	Wissembourg (ALS) (ICM=120,9)	4 019	116,8	120,4	***	124,2	285 sur 285
	Flandre intérieure	Dieppe - Caux maritime (HNO) (ICM=119,8)	Redon (BRE) (ICM=121,2)	3 232	116,2	120,3	***	124,6	281 sur 281	Sarreguemines (LOR) (ICM=123,6)	Audomarois (NPC) (ICM=124,2)	3 141	119,4	123,7	***	128,1	291 sur 291
	Lens Hénin	Valenciennes (NPC) (ICM=143,5)	Lens Hénin (NPC) (ICM=146,0)	7 409	142,7	146,0	***	149,4	304 sur 304	Saint-Quentin (PIC) (ICM=128,1)	Boulonnais (NPC) (ICM=129,6)	7 057	126,2	129,2	***	132,2	298 sur 298
	Lille	Issoire (AUV) (ICM=114,8)	Saint-Amand-M ontrond (CTR) (ICM=115,8)	10 289	113,4	115,6	***	117,9	258 sur 258	Meaux (IDF) (ICM=109,0)	Morlaix (BRE) (ICM=109,2)	9 833	106,9	109,0	***	111,2	233 sur 233
	Montreuillois	Roubaix Tourcoing (NPC) (ICM=126,3)	Péronne (PIC) (ICM=127,5)	2 602	122,1	126,9	***	131,9	289 sur 289	Carhaix-Plouguerv (BRE) (ICM=119,1)	Vallée de la Bresle - Vimeu (PIC et HNO)	2 304	114,4	119,2	***	124,2	282 sur 282
	Roubaix Tourcoing	Épernay (CHA) (ICM=124,7)	Montreuillois (NPC) (ICM=126,9)	6 949	123,3	126,3	***	129,3	288 sur 288	Ganges (LRO) (ICM=114,0)	Charleville-M ézières (CHA) (ICM=114,3)	6 274	111,4	114,2	***	117,0	266 sur 266
	Sambre Avesnois	Carhaix-Plouguerv (BRE) (ICM=131,5)	Dunkerquois (NPC) (ICM=133,9)	4 706	127,9	131,7	***	135,5	298 sur 298	Nemours (IDF) (ICM=125,1)	Thiérache (PIC) (ICM=125,9)	4 185	121,3	125,1	***	129,0	294 sur 294
	Valenciennes	Béthune Bruay (NPC) (ICM=141,2)	Lens Hénin (NPC) (ICM=146,0)	7 051	140,1	143,5	***	146,9	303 sur 303	Boulonnais (NPC) (ICM=129,6)	Douaisis (NPC) (ICM=130,2)	6 441	126,8	130,0	***	133,2	300 sur 300
COMMUNAUTÉ D'AGGLOMÉRATION ET COMMUNAUTÉ URBAINE (4)	CA Maubeuge Val de la Sambre	CA Seine - Eure (HNO) (ICM=132,1)	CA de Cambrai (NPC) (ICM=132,9)	1 895	126,7	132,6	***	138,7	111 sur 111	CA de Valenciennes Métropole (NPC)	CA de l'Artois (NPC) (ICM=129,3)	1 657	122,5	128,7	***	135,0	112 sur 112
	CA d'Hénin Carvin	CA de Cambrai (NPC) (ICM=132,9)	CA de Valenciennes Métropole (NPC) (ICM=140,3)	2 366	133,8	139,4	***	145,1	113 sur 113	CA de Cambrai (NPC) (ICM=133,3)	CA d'Hénin Carvin (NPC) (ICM=133,7)	2 271	128,3	133,7	***	139,4	111 sur 111
	CA de Cambrai	CA Maubeuge Val de la Sambre (NPC)	CA d'Hénin Carvin (NPC) (ICM=139,4)	1 346	125,9	132,9	***	140,2	112 sur 112	CA de la Porte du Hainaut (NPC)	CA d'Hénin Carvin (NPC) (ICM=133,7)	1 339	126,2	133,3	***	140,6	117 sur 117
	CA de Lens - Liévin	CA de l'Artois (NPC) (ICM=146,8)	CA de la Porte du Hainaut (NPC) (ICM=150,3)	5 043	145,3	149,4	***	153,5	117 sur 117	CA du Douaisis (NPC) (ICM=126,6)	CA de Valenciennes Métropole (NPC)	4 786	123,5	127,1	***	130,8	110 sur 110
	CA de Saint Omer	CU de Dunkerque Grand Littoral (NPC)	CA Seine - Eure (HNO) (ICM=132,1)	1 192	124,6	132,0	***	139,7	119 sur 119	CA de Valenciennes Confluences (LOR et	CA de Sarreguemines Confluences (LOR et	1 037	114,9	122,2	***	129,9	115 sur 115
	CA de Valenciennes Métropole	CA d'Hénin Carvin (NPC) (ICM=139,4)	CA du Boulonnais (NPC) (ICM=144,4)	3 776	135,9	140,3	***	144,9	114 sur 114	CA de Lens - Liévin (NPC) (ICM=127,1)	CA Maubeuge Val de la Sambre (NPC)	3 497	123,9	128,1	***	132,4	111 sur 111
	CA de l'Artois	CA du Boulonnais (NPC) (ICM=144,4)	CA de Lens - Liévin (NPC) (ICM=149,4)	4 378	142,5	146,8	***	151,2	116 sur 116	CA Maubeuge Val de la Sambre (NPC)	CA de Forbach - Porte de France (LOR)	4 312	125,4	129,3	***	133,2	113 sur 113
	CA de la Porte du Hainaut	CA de Lens - Liévin (NPC) (ICM=149,4)	CA de la Porte du Hainaut (NPC) (ICM=150,3)	3 143	145,1	150,3	***	156,6	118 sur 118	CA du Boulonnais (NPC) (ICM=132,0)	CA de Cambrai (NPC) (ICM=133,3)	2 823	128,3	133,2	***	138,2	116 sur 116
	CA du Boulonnais	CA de Valenciennes Métropole (NPC)	CA de l'Artois (NPC) (ICM=146,8)	2 406	138,7	144,4	***	150,3	115 sur 115	CA de Forbach - Porte de France (LOR)	CA de la Porte du Hainaut (NPC) (ICM=133,2)	2 377	126,7	132,0	***	137,4	115 sur 115
	CA du Calaisis	CA du Douaisis (NPC) (ICM=130,8)	CU de Dunkerque Grand Littoral (NPC) (ICM=131,7)	1 697	125,1	131,2	***	137,6	117 sur 117	CA de Charleville-M ézières Cour d'Ardenne	CA du Val de Fensch (LOR) (ICM=118,6)	1 550	110,3	116,0	***	121,9	110 sur 110
	CA du Douaisis	CA de Saint Quentin (PIC) (ICM=129,2)	CA du Calaisis (NPC) (ICM=131,2)	3 070	126,2	130,8	***	135,5	116 sur 116	CA de Saint Quentin (PIC) (ICM=125,5)	CA de Lens - Liévin (NPC) (ICM=127,1)	2 936	122,0	126,6	***	131,2	119 sur 119
	CU d'Arras	CU de Brest Métropole Océane (BRE) (ICM=119,8)	CU de Lille Métropole (NPC) (ICM=1210)	1 669	114,2	119,9	***	125,8	110 sur 110	CA de Metz Métropole (CA 2M) (LOR)	CA de Charleville-M ézières Cour d'Ardenne	1 568	108,2	113,7	***	119,5	118 sur 118
	CU de Dunkerque Grand Littoral	CA du Calaisis (NPC) (ICM=131,2)	CA de Saint Omer (NPC) (ICM=132,0)	3 145	127,1	131,7	***	136,4	118 sur 118	CA du Soissonais (PIC) (ICM=119,4)	CA Seine - Eure (HNO) (ICM=1210)	2 741	115,1	119,5	***	124,1	113 sur 113
	CU de Lille Métropole	CU d'Arras (NPC) (ICM=119,9)	CA Morlaix-Communauté (BRE) (ICM=122,8)	16 907	119,2	121,0	***	122,8	111 sur 111	CA Portes de France-Thionville (LOR)	CA des Portes de l'Eure (HNO) (ICM=111,8)	15 818	109,5	111,2	***	112,9	115 sur 115
PAYS (5)	7 Vallées	Sedanais (CHA) (ICM=132,0)	Cambrésis (NPC) (ICM=136,5)	980	126,2	134,4	***	143,1	113 sur 113	Saulnois (LOR) (ICM=134,1)	Trois vallées (CHA) (ICM=139,7)	874	126,5	135,3	***	144,6	111 sur 111
	Artois	Argonne champenoise (CHA) (ICM=118,3)	Sud Calvados (BNO) (ICM=118,8)	3 785	114,6	118,4	***	122,2	110 sur 110	Trois vallées (BO) (PIC) (ICM=118,0)	Vexin - Sablons - Thelle (PIC) (ICM=119,3)	3 460	114,8	118,7	***	122,8	113 sur 113
	Boulonnais	Cambrésis (NPC) (ICM=136,5)	Boulonnais (NPC) (ICM=137,1)	3 224	132,4	137,1	***	141,9	115 sur 115	Chaunois (PIC) (ICM=129,4)	Coeur de Lorraine (LOR) (ICM=131,5)	3 092	125,1	129,6	***	134,3	114 sur 114
	Calaisis	Santerre Haute Somme (PIC) (ICM=129,0)	Moulins de Flandre (NPC) (ICM=129,7)	2 745	124,4	129,2	***	134,1	117 sur 117	Redon et Vilaine (BRE et PLO) (ICM=120,7)	Plateau de Caux maritime (HNO) (ICM=122,1)	2 529	116,8	121,4	***	126,3	119 sur 119
	Cambrésis	7 Vallées (NPC) (ICM=134,4)	Boulonnais (NPC) (ICM=137,1)	3 351	131,9	136,5	***	141,2	118 sur 118	Coeur de Lorraine (LOR) (ICM=131,5)	Saulnois (LOR) (ICM=134,1)	3 179	129,2	133,8	***	138,6	115 sur 115
	Coeur de Flandre	Saulnois (LOR) (ICM=117,8)	Trégor-Goëlo (BRE) (ICM=117,9)	2 280	113,1	117,9	***	122,8	114 sur 114	Combrailles (AUV) (ICM=125,9)	Moulins de Flandre (NPC) (ICM=128,7)	2 277	121,1	126,2	***	131,5	114 sur 114
	La Lys romane	Moulins de Flandre (NPC) (ICM=129,7)	Thiérache (PIC) (ICM=130,2)	1 069	122,3	130,0	***	138,0	119 sur 119	Nord Haut Marnais (CHA) (ICM=120,1)	Redon et Vilaine (BRE et PLO) (ICM=120,7)	946	112,8	120,4	***	128,3	117 sur 117
	Maritime et rural du Montreuillois	Nord Haut Marnais (CHA) (ICM=122,7)	Guingamp (BRE) (ICM=123,0)	1 622	116,9	122,8	***	128,9	118 sur 118	Portes d'arèche-pyrénées (MPY)	Alsace du Nord (ALS) (ICM=111,2)	1 430	105,4	111,1	***	117,0	119 sur 119
	Moulins de Flandre	Calaisis (NPC) (ICM=129,2)	La Lys romane (NPC) (ICM=130,0)	1 219	122,5	129,7	***	137,2	119 sur 119	Coeur de Flandre (NPC) (ICM=126,2)	Santerre Haute Somme (PIC) (ICM=129,0)	1 134	121,3	128,7	***	136,4	115 sur 115
	Pévélois	Baie du Mont-Saint-Michel (BNO) (ICM=102,4)	Vallée du Cher et du Romorantinais (CTR)	1 198	96,7	102,4	ns	108,4	116 sur 116	Guingamp (BRE) (ICM=114,1)	Verdun (LOR) (ICM=114,5)	1 159	107,6	114,1	***	120,9	110 sur 110
	Saint-Omer	Centre Ouest Bretagne (BRE) (ICM=124,3)	Tonnerrois (BOU) (ICM=125,9)	2 155	119,2	124,4	***	129,8	119 sur 119	Sedanais (CHA) (ICM=123,5)	Sarreguemines Bitch Sarraube (LOR et ALS)	1 950	118,7	124,2	***	129,8	115 sur 115
	Sambre-Avesnois	Thiérache (PIC) (ICM=130,2)	Sedanais (CHA) (ICM=132,0)	4 706	127,9	131,7	***	135,5	115 sur 115	Seine en plaine champenoise (CHA)	Puisaye Forrière (BOU) (ICM=125,2)	4 185	121,3	125,1	***	129,0	110 sur 110
	Ternois	Berry Saint-Amandois (CTR) (ICM=121,7)	Loire Val d'Aubois (CTR) (ICM=122,3)	864	113,7	121,7	***	130,1	114 sur 114	Sancerre-Sologne (CTR) (ICM=117,1)	Tonnerrois (BOU) (ICM=117,3)	842	119,4	117,2	***	125,4	110 sur 110

Source : INSEE – Recensement de la population, 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) : Territoires de santé 2011-ARS Nord – Pas-de-Calais

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

(3) : Zones de proximité 2011-ARS Nord – Pas-de-Calais + zones d'emploi 2010 pour le reste de la France métropolitaine

(4) : Découpages territoriaux de 2011

(5) : Découpages territoriaux de 2011

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 au point de l'indice comparatif d'évolution de la mortalité (ICEM) entre les recensements de 1982 et 2007

Pour comparer l'évolution de la mortalité de différents territoires entre deux périodes (1982-2007), nous avons constitué un indice comparatif d'évolution de la mortalité (**ICEM**) qui n'est autre que la transformation en indice du pourcentage de variation relative (VR) entre les taux standardisés de décès entre ces deux mêmes périodes.

En effet, pour rendre les évolutions de la mortalité des différents territoires directement comparables à celles de la mortalité nationale, chaque pourcentage de variation relative (VR) des taux standardisés de mortalité a été converti en **ICEM** en prenant comme valeur de référence le pourcentage de variation relative des taux standardisés de mortalité de la France métropolitaine.

$$VR_{1982-2007} = (\text{Taux standardisés}_{2007} - \text{Taux standardisés}_{1982}) / \text{Taux standardisés}_{1982} * 100$$
$$ICEM_{1982-2007} = VR_{1982-2007} (\text{territoire } i) / VR_{1982-2007} (\text{France métropolitaine}) * 100$$

L'ICEM a été calculé pour les causes de mortalité suivantes :

1. Mortalité toutes causes et tous âges dans le Nord – Pas-de-Calais, ICEM entre 1982 et 2007 ;
2. Mortalité évitable par des actions sur les facteurs de risque individuels dans le Nord – Pas-de-Calais, ICEM entre 1982 et 2007 ;
3. Mortalité évitable par des actions sur le système de soins dans le Nord – Pas-de-Calais, ICEM entre 1982 et 2007.

Exemple de sortie Excel des nouveaux tableaux d'ICEM 1982-2007 par zone géographique de la région

Toutes causes Evolution entre 1982 et 2007		Mortalité tous âges Les deux sexes confondus				Mortalité prématurée (inf 65 ans) Les deux sexes confondus			
Zone	Nom de la zone géographique	Territoire classé juste avant	Territoire classé juste après	ICEM (France=100)		Territoire classé juste avant	Territoire classé juste après	ICEM (France=100)	
				ICEM	Rang (2)			ICEM	Rang (2)
RÉGION	Nord-Pas-de-Calais	Provence-Alpes-Côte d'Azur (ICEM=96,8)	Haute-Normandie (ICEM=93,8)	93,8	14 sur 22	Provence-Alpes-Côte d'Azur (ICEM=95,0)	Auvergne (ICEM=93,8)	94,8	11 sur 22
DÉPARTEMENT	Nord	Seine-Maritime (HNO) (ICEM=95,9)	Haute-Saône (FCM) (ICEM=95,9)	95,9	51 sur 96	Côte-d'Or (BOU) (ICEM=98,5)	Jura (FCM) (ICEM=98,2)	98,2	37 sur 96
	Pas-de-Calais	Hérault (LRO) (ICEM=90,5)	Gard (LRO) (ICEM=90,2)	90,4	72 sur 96	Haute-Marne (CHA) (ICEM=89,5)	Oise (PIC) (ICEM=88,9)	89,0	60 sur 96
COMMUNAUTÉ D'AGGLOMÉRATION ET COMMUNAUTÉ URBAINE (1)	CU de Lille Métropole	CA de Sarreguemines Confluences (LOR et ALS) (ICEM=99,9)	CA Les Lacs de l'Essonne (IDF) (ICEM=99,8)	99,9	75 sur 383	CA du Moyen Pays Provençal - Pôle Azur Provence (PAC) (ICEM=103,7)	CA de Seine-Essonne (IDF) (ICEM=103,1)	103,1	49 sur 383
	CU de Dunkerque Grand Littoral	CA Perpignan Méditerranée (LRO) (ICEM=87,4)	CA de Castres Mazamet (MPY) (ICEM=86,9)	87,4	147 sur 383	CA du Pays de Montauban et des Trois Rivières (MPY) (ICEM=87,1)	CA Val de France (IDF) (ICEM=86,4)	86,8	112 sur 383
	CA de Cambrai	CA de l'Artois (NPC) (ICEM=83,5)	CA de La Rochelle (PCH) (ICEM=82,8)	83,1	164 sur 383	CA Amiens Métropole (PIC) (ICEM=84,7)	CA de Lens - Liévin (NPC) (ICEM=84,7)	85,7	116 sur 383
	CA Maubeuge Val de la Sambre	CA de Brive (LIM) (ICEM=98,2)	CA Plaine Centrale du Val de Marne (IDF) (ICEM=97,8)	97,9	82 sur 383	CA les Portes de l'Essonne (IDF) (ICEM=98,7)	CA Plaine Centrale du Val de Marne (IDF) (ICEM=97,7)	98,4	67 sur 383
	CA de la Porte du Hainaut	CA de Vichy Val d'Allier (AUV) (ICEM=88,2)	CA du Puy-en-Velay (AUV) (ICEM=87,8)	87,9	143 sur 383	CA du Grand Oise (FCM) (ICEM=91,5)	CA du Bassin d'Arcachon Sud - Pôle Atlantique (AQU) (ICEM=91,3)	91,5	93 sur 383
	CA de Valenciennes Métropole	CA de Bayonne Anglet Biarritz (AQU) (ICEM=92,2)	CA des deux Rives de la Seine (IDF) (ICEM=92,2)	92,2	119 sur 383	CA Bourges Plus (CTR) (ICEM=82,7)	CA de l'Albigeois (MPY) (ICEM=82,3)	82,3	126 sur 383
	CA du Douaisis	CA de Blois « Agglopolys » (CTR) (ICEM=93,5)	CA de Reims (CHA) (ICEM=93,1)	93,4	111 sur 383	CA de la Riviera Française (PAC) (ICEM=93,3)	CA de la Région de Compiègne (PIC) (ICEM=92,7)	93,1	85 sur 383
	CA de l'Artois	CA Val de France (IDF) (ICEM=83,8)	CA de Cambrai (NPC) (ICEM=83,1)	83,5	163 sur 383	CA du Pays de Meaux (IDF) (ICEM=83,5)	CU d'Alençon (BNO et PLO) (ICEM=82,9)	83,0	123 sur 383
	CA d'Hénin Carvin	CA du Bassin d'Aurillac (AUV) (ICEM=94,6)	CA du Beauvaisis (PIC) (ICEM=93,8)	94,6	108 sur 383	CA Clermont Communauté (AUV) (ICEM=99,2)	CA Sicoval (MPY) (ICEM=98,8)	98,9	64 sur 383
	CA de Lens - Liévin	CA du Pays de Montbéliard (FCM) (ICEM=90,7)	CA Salon-Étang de Berre-Durance (PAC) (ICEM=90,6)	90,7	129 sur 383	CA de Cambrai (NPC) (ICEM=85,7)	CA Toulon Provence Méditerranée (PAC) (ICEM=84,3)	84,7	117 sur 383
	CA de Saint Omer	CA du Pays de Meaux (IDF) (ICEM=81,5)	CA de Clichy sous Bois - Montfermeil (IDF) (ICEM=80,9)	81,2	171 sur 383	CU de Cherbourg (BNO) (ICEM=72,4)	CA Elbeuf - Boucle de Seine (HNO) (ICEM=70,7)	72,2	156 sur 383
	CA du Boulonnais	CA de Clichy sous Bois - Montfermeil (IDF) (ICEM=80,9)	CA de Charleville-Mézières Cour d'Ardenne (CHA) (ICEM=80,5)	80,5	173 sur 383	CA du Grand Dax (AQU) (ICEM=76,2)	CA d'Évry Centre Essonne (IDF) (ICEM=75,4)	75,8	143 sur 383
	CU d'Arras	CA de Poitiers (PCH) (ICEM=82,2)	CA de Nevers (BOU) (ICEM=81,7)	81,9	167 sur 383	CA de l'Albigeois (MPY) (ICEM=82,3)	CA Nîmes Métropole (LRO) (ICEM=80,4)	81,0	128 sur 383
	CA du Calaisais	CA Dracénoise (PAC) (ICEM=94,7)	CA de l'Albigeois (MPY) (ICEM=94,6)	94,7	105 sur 383	CA de la Région de Compiègne (PIC) (ICEM=92,7)	CA de Villefranche-sur-Saône (RHA) (ICEM=92,6)	92,6	87 sur 383
PAYS (1)	Cambresis	Maures (PAC) (ICEM=86,7)	Castelroussin, Val de l'Indre (CTR) (ICEM=86,7)	86,7	262 sur 368	Vitryat (CHA) (ICEM=93,7)	Havre Pointe de Caux Estuaire (HNO) (ICEM=93,1)	93,5	160 sur 368
	Coeur de Flandre	Garrigues et Costières de Nîmes (LRO) (ICEM=92,3)	Crêtes Préardennaises (CHA) (ICEM=92,1)	92,1	202 sur 368	Tulle (LIM) (ICEM=102,0)	Brive (LIM) (ICEM=101,7)	101,8	98 sur 368
	Moulins de Flandre	Remiremont et ses Vallées (LOR) (ICEM=91,8)	Rives de Garonne (AQU) (ICEM=91,6)	91,7	207 sur 368	Bresse Bourguignonne (BOU) (ICEM=89,4)	Montabanaise (MPY) (ICEM=89,2)	89,3	167 sur 368
	Pévêlois	Rennes (BRE) (ICEM=116,9)	Grand Brianconnais, des Ecrins au Queyras (PAC) (ICEM=116,6)	116,8	211 sur 368	Brocéliande (BRE) (ICEM=113,3)	Revermont (FCM) (ICEM=112,1)	112,6	13 sur 368
	Sambre-Avesnois	Centre Ouest Bretagne (BRE) (ICEM=97,1)	Rouergue Occidentale (MPY) (ICEM=97,0)	97,0	134 sur 368	Adour Chôlesse Tursan (AQU) (ICEM=94,1)	Plateau de Caux Maritime (HNO) (ICEM=93,8)	93,9	156 sur 368
	Artois	Grand Laonnais (PIC) (ICEM=93,9)	Uzège Pont du Gard (LRO) (ICEM=93,8)	93,8	174 sur 368	Vidourle Camargue (LRO) (ICEM=87,5)	Aunis (PCH) (ICEM=87,3)	87,4	199 sur 368
	Boulonnais	Drouais (CTR et HNO) (ICEM=82,8)	Ouest Creuse (LIM) (ICEM=82,5)	82,5	293 sur 368	Ouche (BNO) (ICEM=82,4)	La Lys Romane (NPC) (ICEM=82,2)	82,2	245 sur 368
	Calaisais	Bugey (RHA) (ICEM=94,0)	Grand Laonnais (PIC) (ICEM=93,9)	93,9	172 sur 368	Brive (LIM) (ICEM=101,7)	Centre Bretagne (BRE) (ICEM=101,3)	101,4	100 sur 368
	Saint-Omer	Gâtinais (CTR) (ICEM=86,2)	Haute-Saintonge (PCH) (ICEM=86,1)	86,2	269 sur 368	Grande Sologne (CTR) (ICEM=80,7)	Grand Sancy (AUV) (ICEM=80,1)	80,5	260 sur 368
	La Lys Romane	Sedanaise (CHA) (ICEM=84,8)	Risle Estuaire (HNO) (ICEM=83,9)	84,3	281 sur 368	Boulonnais (NPC) (ICEM=82,2)	Vallées des Gaves (MPY) (ICEM=82,2)	82,2	246 sur 368
	Maritime et Rural du Montreuillois	Loire Touraine (CTR) (ICEM=98,7)	Aire urbaine Belfort-Montbéliard-Héricourt-Delle (FCM) (ICEM=98,3)	98,5	120 sur 368	Langres (CHA et FCM) (ICEM=85,7)	Saint Flour/Haute Auvergne (AUV) (ICEM=85,5)	85,6	217 sur 368
	7 Vallées	Montmorillonnais (PCH) (ICEM=64,6)	Brie et Champagne (CHA) (ICEM=63,0)	63,3	360 sur 368	Haute Vallée de l'Ain (FCM) (ICEM=37,9)	Loudunais (PCH) (ICEM=30,7)	37,3	366 sur 368
	Ternois	Chateaubriant (PLO) (ICEM=100,6)	Gapennais (PAC) (ICEM=100,5)	100,6	98 sur 368	Sologne Val Sud (CTR) (ICEM=100,0)	Caux Aubretherre (HNO) (ICEM=100,0)	100,0	113 sur 368

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

- (1) : Découpages territoriaux de 2009
(2) : De l'ICEM le plus élevé à l'ICEM le plus faible

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).

TENDANCES NATIONALES : Entre 1982 et 2007, la mortalité tous âges a connu une baisse de 36,7 %. La mortalité prématurée s'est caractérisée par une baisse de 37,8 %.

■ Étude concernant les délais de prise en charge des cancers

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 l'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 des 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

Données régionales communiquées par l'INCA et la FNORS en début d'année 2012.

Partenaires associés

Pilotages et partenariats

- Pilotage par l'INCA avec l'appui des RRC.
- Partenariat avec la FNORS.
- Coordination régionale des réseaux 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 de l'Agence Régionale de Santé, 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.

■ Du territoire de proximité au projet local de santé devenu Accompagnement aux projets locaux de santé

2011 a été l'année de la mise en place de la collaboration de l'ORS avec l'ARS. Sur ce dossier, les travaux ont été engagés au premier semestre avec les collectivités demandeuses : Lens-Liévin, Maubeuge Val de Sambre et Boulogne-sur-Mer.

La mise en œuvre des conclusions de l'étude sur *les besoins locaux de santé* a été conduite comme convenu. À la fin du premier semestre, l'ORS a dû arrêter son investissement, les Contrats Locaux de Santé de l'ARS commençant à se concevoir. À noter, la participation de l'ORS au CLS de la Thiérache n'a pas été demandée ni suggérée. L'ORS n'a pas été informé.

Au second semestre, à la demande de l'ARS et du Conseil Régional, l'ORS a été sollicité afin de concevoir un *accompagnement aux projets locaux de santé*. L'ORS a rédigé une proposition et l'a adressée à l'ARS en septembre. Aucune réponse officielle n'a été renvoyée. En fin d'année (décembre), une sollicitation non formalisée (pas de lettre de mission) pour déployer un accompagnement sur Lens-Liévin / Hénin-Carvin d'une part, la commune de Denain d'autre part. L'exploitation des études de l'ORS a été faite, l'élaboration d'indicateurs statistiques aussi, la rédaction d'un protocole d'accompagnement a été réalisée ainsi que l'accompagnement des collectivités au cours du premier semestre.

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.*¹¹

¹¹ Gueniffey A. *Regard sur les fonctions en jeu dans le projet local de santé publique*. Santé publique 2007 ; 19(1) : 579-86.

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 existant sur le territoire et d'en faire le bilan, d'identifier les segments type « 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.

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. L'initiative devrait se poursuivre et se développer en 2012.

Réponse de l'ORS Nord – Pas-de-Calais au cahier des charges de l'étude
Des politiques régionales à des démarches locales de santé
Septembre 2011

■ **Préambule**

L'importance du niveau local pour la mise en œuvre des politiques de santé

Les projets stratégiques en santé¹² s'inscrivent en règle, de par leurs natures, dans des macro territoires ; niveau national pour les grandes orientations politiques, niveau régional pour les Projets Régionaux de Santé élaborés par les ARS et les programmes santé de certains Conseils Régionaux, niveau départemental pour les champs spécifiquement couverts par les Conseils Généraux. Par contre, l'espace logique de mise en œuvre de ces orientations stratégiques est le niveau local, qu'il s'agisse de la phase opérationnelle des actions de prévention, de promotion ou d'éducation pour la santé, de l'organisation des soins de première ligne ou d'assurer une prise en charge médico-sociale au plus près des habitants. Même si l'offre en santé peut être organisée, planifiée à un niveau territorial plus vaste, l'échelon local est le seul à permettre une implication quotidienne et le maillage des acteurs de terrain. Les comportements en santé des populations ne peuvent se décréter et dans bien des cas, seule une action de proximité est de nature à les influencer, qu'il s'agisse d'agir sur les facteurs de risque comportementaux ou de favoriser l'accès à la prévention, aux soins et aux services. Dans ce cadre, la place des acteurs locaux est fondamentale, et notamment celle des élus en position de favoriser, d'initier, de piloter ou même de freiner un programme local de santé.

La région Nord – Pas-de-Calais, un territoire riche d'une histoire en projets locaux de santé

Le Nord – Pas-de-Calais n'a pas attendu la période actuelle pour que se développe sur nombre de ses territoires locaux une dynamique de santé. La période des Programmes Régionaux de Santé a vu la création des Programmes Territoriaux de Santé qui se sont poursuivis dans le cadre du Projet Régional de Santé Publique. Dans la continuité de ces politiques, chaque zone de proximité est ainsi « dotée » actuellement d'un coordonnateur des Programmes Locaux de Prévention. Les appels d'offre successifs de l'État, du Groupement Régional de Santé Publique, du Conseil Régional ont favorisé l'émergence et la pérennisation de nombreux acteurs de terrain. D'autres projets ou démarches au niveau local ont concouru à une mobilisation sur le champ de la santé, démarches globales avec les villes santé de l'OMS (8 dans la région), les Ateliers Santé Ville (8 dans la région), les Contrats Urbains de Cohésion Sociale (47 dans la région), ou démarches sectorielles comme le programme Epode (près de 180 communes dans la région). Le constat global qui peut être fait sur toutes ces initiatives est qu'elles n'ont en règle concerné qu'une partie du champ de la santé, essentiellement celui de la prévention. Nombre de problématiques émergeant actuellement n'y ont pas été incluses comme celle des soins de premier recours, la nécessaire articulation entre les acteurs des soins, de la prévention et du médico-social, les synergies entre les secteurs hospitaliers, ambulatoires et médico-sociaux, le développement de parcours de soins voire de vie centrés sur l'utilisateur. Néanmoins, toute démarche nouvelle ne peut faire fi de ce passé, de ces acquis et devra prendre en compte et ménager l'existant.

Une période propice au renouveau des politiques locales de santé

La période actuelle a vu, avec la création des ARS, le rapprochement des politiques de prévention, de soins, de prise en charge médico-sociale, concrétisé dans le Projet Régional de Santé. Ce rapprochement légitime que ces trois champs soient désormais inclus dans les futurs Contrats Locaux de Santé. Le Conseil Régional, pour sa part, conduit des politiques s'inscrivant dans au moins deux de ces champs, la prévention avec le développement de programmes et le soutien aux acteurs locaux de prévention et de promotion de la santé, et les soins avec un investissement primitivement dirigé vers les équipements et qui, désormais, recouvre les soins de premier recours (notamment pour les maisons pluridisciplinaires et les pôles de santé). Au niveau local, nombre d'élus découvrent de nos jours que la santé n'est plus simplement affaire de compétence facultative mais qu'elle est un facteur clef du développement et de l'attractivité de leur territoire, du bien-être des populations.

Il existe donc une opportunité réelle pour une approche globale, transversale de la santé dans tous ses champs au niveau local, comme le soulignent les documents d'orientation nationale : « Au-delà de l'élaboration des documents de programmation régionale, la mise en œuvre territoriale de la politique de santé exige une mobilisation intersectorielle, avec une implication forte et coordonnée de l'ensemble des acteurs susceptibles d'avoir une influence sur les situations de santé »¹³.

¹² Le terme santé doit être pris, tout au long de ce document, dans son sens le plus large, celui de l'OMS. Il inclut donc les champs de la prévention, de la promotion de la santé, des soins, de la prise en charge et de l'accompagnement médico-social.

¹³ Éléments de réflexion pour une politique nationale de santé 2011 – 2015, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé.

■ Préalable : gérer les interactions avec les autres projets développés sur le territoire

Comme exposé plus haut, ce nouveau projet n'arrive pas en terrain vierge. Des Contrats Locaux de Santé sont en cours de finalisation ou d'initiation. Les Projets Locaux de Prévention sont en phase de renouvellement avec un diagnostic fait dans chaque territoire par les coordonnateurs de ces projets. La mise en place d'un nouveau projet sur les mêmes territoires nécessite donc une concertation importante préalable avec les différents acteurs, et notamment les commanditaires de ces démarches. Elle est complémentaire et ne se substitue en rien aux autres démarches. À cet effet, les coordonnateurs des Projets Locaux de Prévention et les délégués territoriaux de l'ARS seront systématiquement associés.

■ Objectif général de la démarche proposée par l'ORS

Initier, favoriser et analyser les conditions de mise en œuvre de programmes locaux de santé transversaux intégrant les dimensions de la prévention, des soins et des prises en charge médico-sociales au sein des zones de proximité de la région Nord – Pas-de-Calais.

■ Méthodologie du projet

1. Choix des territoires locaux :

- Deux territoires pour le deuxième trimestre 2011
- Un dans chaque département
- Une zone de proximité et sa correspondance intercommunale, par exemple à une ou plusieurs communautés de communes, une intercommunalité, une communauté urbaine
- Choisis en collaboration avec l'ARS et le Conseil Régional

2. Diagnostic initial par l'ORS :

- Objectif du diagnostic : Susciter une réflexion, un dialogue en phase initiale. Il ne s'agit donc pas d'un diagnostic exhaustif du territoire mais plutôt d'un « instrument » d'initiation du projet. Il est donc volontairement global à ce stade.
 - Fiche-synthèse des territoires-projets hiérarchisée comprenant :
 - ❖ Les données socioéconomiques et la dynamique du territoire
 - ❖ L'état de santé du territoire
 - ✓ État et évolution récente de la mortalité prématurée globale, par causes spécifiques et selon la typologie de l'OMS (évitable par des actions de prévention ou sur le système de soins)
 - ✓ Approche de la morbidité par les ALD et les données PMSI (en collaboration avec l'ARS)
 - ✓ Indice de Développement Humain (en collaboration avec le Conseil Régional)
 - ✓ Positionnement du territoire par rapport à des territoires analogues
 - ❖ L'offre de soins
 - ✓ Démographie des professions de santé (en collaboration avec l'ARS)
 - ✓ Analyse de l'offre de soins de premier recours (en s'appuyant sur le zonage de l'ARS)
 - ✓ L'offre de soins en établissements de santé
 - ❖ L'offre médico-sociale en partenariat avec le CREAL
 - ❖ Une première approche des besoins à travers les résultats des enquêtes de l'ORS¹⁴
 - ❖ Les « grands » programmes en cours sur le territoire
 - ❖ Évaluation du ressenti de ces indicateurs par les acteurs du territoire : apports et manques de l'approche quantitative, mise en évidence d'éventuels indicateurs perçus comme nécessaires devant être mis en place.

3. Coopération avec d'autres organismes :

- Réseau Raphael, pour l'approche du territoire dans son ensemble, le repérage des grands enjeux ressentis, le choix des élus, des informateurs-clés et des représentants de la population qui seront rencontrés. Les conditions d'une acculturation locale aux enjeux de santé seront envisagées
- Les URPS, pour une identification des questions relatives à la démographie et l'exercice des professions de santé et les attentes exprimées vis-à-vis des segments prévention, médico-social, hospitalisation
- L'IREPS, pour l'appréciation de la dynamique locale de prévention/promotion de la santé, l'identification des interlocuteurs clefs

¹⁴ « Enquête sur les besoins locaux de santé » et « D'un schéma régional d'organisation sanitaire aux contrats locaux de santé » 2010.

4. Rencontre avec les élus locaux :

- Envoi préalable d'un diagnostic et d'un argumentaire sur l'intérêt d'une approche transversale en santé
- Analyse des besoins ressentis, des intentions et des souhaits
- Mise en évidence des potentiels d'une transversalité entre champs des projets et politiques publiques locales
- Enrichissement du diagnostic et rédaction d'une note d'opportunité pour l'ARS et le Conseil Régional

5. Rencontre avec les acteurs clefs locaux :

- Sous réserve de l'accord et de l'appui des élus
- Élaboration d'une vision partagée du diagnostic global
- Mise en évidence des potentiels connus et méconnus d'une transversalité entre projets émanant des différents acteurs ou issus des politiques publiques locales
- Enrichissement du diagnostic puis analyse des besoins ressentis, des intentions et des souhaits

6. Choix de thématiques du projet avec les élus et les acteurs clefs :

- Systématiquement la thématique du premier recours élargie à l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux
- Enrichissement du diagnostic, puis choix de thématiques transversales associant la prévention, les soins, le médico-social. Au début, et dans un souci didactique, le mieux est de limiter le nombre de thématiques (deux par exemple)
 - Exemple de thématiques :
 - ❖ Approche par problèmes : cancer, addictions, nutrition, maladies chroniques, Alzheimer, maladies cardiovasculaires...
 - ❖ Approches par populations : personnes âgées, handicap, précarité, périnatalité, petite enfance...

7. Diagnostic participatif sur les thématiques choisies :

- Importance du problème
- Analyse et représentation cartographique des réponses existantes et de leurs interactions dans le champ de la prévention, des soins, du médico-social
- Analyse des opportunités locales
- Recueil des souhaits des acteurs
- Analyse critique et dynamique des attentes réciproques des acteurs sur ce thème. Il s'agit dans cette étape de faire exprimer par les acteurs leurs attentes vis-à-vis des autres secteurs sur la thématique choisie et de mettre en perspective et en commun ces attentes réciproques
- Rédaction d'un rapport de synthèse

8. Élaboration des projets locaux :

- Sur le premier recours
- Sur les projets transversaux

9. Formalisation dans un projet de Contrat Local de Santé

Les étapes 8 et 9 nous paraissent hors de l'appel d'offre et nécessitent un délai de réalisation beaucoup plus long.

■ **Suivi du projet**

Chaque étape donnera lieu à un compte rendu écrit de l'ORS auprès des commanditaires de l'étude. Ces comptes rendus seront exposés lors des réunions du comité de pilotage ARS / Conseil Régional et lors des réunions des comités techniques des territoires.

Les étapes 4 (rencontre avec les élus) et 5 (rencontre avec les acteurs clefs) donneront lieu à la rédaction d'un diagnostic enrichi et à la communication d'une note d'opportunité confidentielle adressée à l'ARS et au Conseil Régional sur les possibilités et les opportunités de développement du programme.

■ **Système d'information géographique santé de l'ARS Nord – Pas-de-Calais**

L'ARS Nord – Pas-de-Calais souhaite doter la région d'un Système d'information géographique santé visant à mettre à disposition d'un large public les indicateurs de santé. Dans ce but, un groupe projet, dirigé par l'ARS Nord – Pas-de-Calais, a été mis en place. Il est composé de l'ARS, du CREAI, de la F2RSM et de l'ORS. Il a pour rôle de définir l'architecture et le contenu du portail Internet permettant la restitution des informations géographiques.

La première réunion du groupe projet a permis de définir les axes de travail suivants :

- Choix du nom du SIG ;
- Choix des indicateurs ;
- Choix des thématiques ;
- Mise en place de métadonnées (ensemble structuré d'informations décrivant les données) ;
- Définition des territoires en fonction de chaque indicateur et du respect du secret statistique ;
- Choix des restitutions (description des sorties (cartes, tableaux, graphiques)) ;
- Élaboration de commentaires sur la lecture et les limites des indicateurs ;
- Définition et personnalisation des interfaces (entrée par mots-clés, moteurs de recherche) ;
- Mise en place du portail ;
- Élaboration d'indicateurs de suivi (compteur de consultations, questionnaire de satisfaction).

La première mission du groupe projet a été de recenser les différentes listes d'indicateurs existantes afin de les regrouper par thème :

- Indicateurs de mortalité (ORS) ;
- Facteurs socioéconomiques (CREAI et F2RSM) ;
- Santé mentale (F2RSM) ;
- Démographie médicale (ARS) ;
- Offre hospitalière (ARS) ;
- Offre médico-sociale (CREAI) ;
- Indicateurs mis à disposition par l'observatoire social (ARS).

■ **Mise en œuvre d'un atlas interactif de la santé dans le Nord – Pas-de-Calais**

Afin de développer sur Internet un atlas interactif de la santé dans le Nord – Pas-de-Calais, la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale (F2RSM) a initié la mise en place d'un comité de pilotage auquel elle participe aux côtés de l'ARS, de l'ORS et du CREAI. L'ORS Nord – Pas-de-Calais, qui a assisté à deux réunions de travail, a apporté son expertise en matière de présentations cartographiques d'indicateurs de santé à l'échelle infrarégionale.

Huit zonages avaient été évoqués au cours de la dernière réunion :

- Région ;
- Départements (2) ;
- Territoires de santé (4) ;
- Bassins de recrutement des établissements membres de la F2RSM ;
- Inter-secteurs de pédopsychiatrie (21) ;
- Zones de proximité (15) ;
- Secteurs de psychiatrie adulte (60) ;
- Zones de premier recours (90).

Cette initiative a débouché sur un projet coopératif, piloté par l'ARS Nord – Pas-de-Calais, celle-ci souhaitant développer au niveau régional un Système d'information géographique santé (voir ci-dessus).

■ 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

Ce partenariat avait 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 du Nord – Pas-de-Calais et des données agrégées de l'ORS.

Méthode utilisée

La base de données disponible rassemble les consultants des 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 « codepostalbis » 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 (indices 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 12^e Congrès National des ORS¹⁵.

Elle a montré :

- Une forte corrélation du score EPICES avec les indices de Townsend et de Carstairs (Cf. tableau n° 5) ;
- Un gradient continu entre les indices (EPICES, Townsend et Carstairs), la morbidité et de nombreuses causes de décès (Cf. tableau n° 6 et graphique n° 2).

En 2011, un article de synthèse de cette recherche a été proposé à plusieurs revues d'épidémiologie.

¹⁵ Labbe¹ E, Poirier² G, Moulin¹ JJ, Sass¹ C, Rioual¹ R, Lacoste² O, Gerbaud³ L. *Inégalités sociales de santé dans le Nord – Pas-de-Calais. Relations entre des indices de précarité et la mortalité*. 12^e 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.

Perspectives d'analyse 2012 : Application de modèles multi-niveau

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.

Tableau n° 5 : 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**
Carstairs	0,84**	0,95**	1

Source : CETAF / ORS Nord – Pas-de-Calais, présentation au 12^e Congrès National des ORS, Lyon.

** p < 10⁻⁵

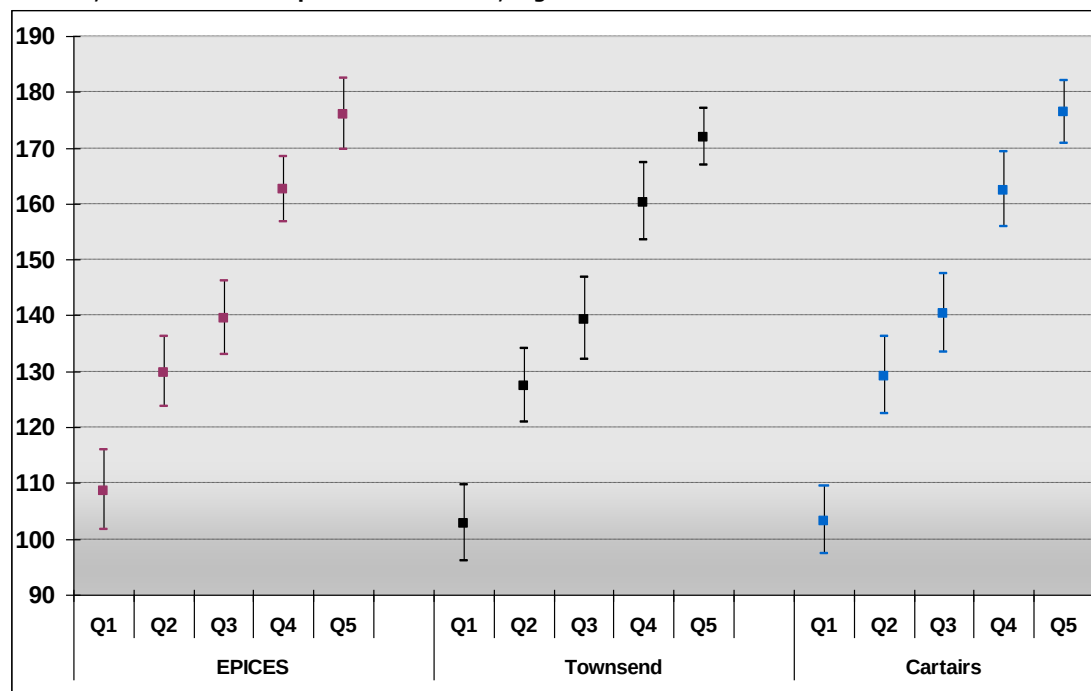
Tableau n° 6 : Corrélations précarité et données de santé

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 12^e Congrès National des ORS, Lyon.

** p < 10⁻⁵

Graphique n° 2 : 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 12^e Congrès National des ORS, Lyon.

⁽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
ORS Nord – Pas-de-Calais

Participation à des études tiers

■ Participation à l'étude *Séjours hospitaliers évitables et revascularisations dans trois régions : Île-de-France, Nord – Pas-de-Calais et Provence-Alpes-Côte d'Azur*

Contexte

Dans le cadre de son étude *Séjours hospitaliers évitables et revascularisations dans trois régions : Île-de-France, Nord – Pas-de-Calais et Provence-Alpes-Côte d'Azur*, le Professeur Victor Rodwyn de l'ILC-USA et de School of Public Service de la New York University, ainsi que l'ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur, ont conduit une étude à la demande de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. La participation de l'ORS Nord – Pas-de-Calais a été sollicitée.

Objectifs

Le but principal de la recherche a été de mieux comprendre l'accès aux soins ambulatoires (primaires et spécialisés) dans trois régions : Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), Nord – Pas-de-Calais (NPC) et Île-de-France (IDF). Pour ce faire ont été étudiés les séjours hospitaliers sensibles au recours aux soins ambulatoires, dits séjours hospitaliers potentiellement évitables (SHE). En outre, un indicateur d'accès aux soins spécialisés a été retenu en prenant l'exemple de revascularisations cardiaques (pontages coronariens et angioplasties).

Résultats

Ce travail a abouti en 2011 à la publication du rapport qui a été remis à la CNAMTS. Les résultats sont conformes à la littérature internationale : la probabilité d'un séjour *évitable* pour les femmes est moindre que pour les hommes, ce qui reflète vraisemblablement le fait qu'elles ont plus souvent recours aux médecins généralistes et consultent moins tardivement que les hommes. De plus, la probabilité d'être admis pour un séjour hospitalier évitable est plus élevée chez les personnes résidant dans les zones où le revenu est le plus faible que chez celles vivant dans les zones les plus aisées. Ces résultats, aussi peu étonnants qu'ils soient, servent quand même à soutenir –de manière préliminaire– la validité de ces indicateurs en France.

En outre, puisque nous avons trouvé une variance plus grande, entre zones géographiques, pour les séjours hospitaliers évitables, nous avons des preuves préliminaires étayant l'hypothèse selon laquelle il y existe des défaillances du système de soins primaires dans les zones ayant les taux de séjour hospitalier évitable ajustés sur l'âge, les plus élevés. Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, il est aussi possible d'interpréter ces résultats comme un problème lié à une morbidité plus aiguë ou comme le reflet d'un recours tardif aux soins de première ligne. Cependant, ces arguments ne minimisent pas le fait que l'analyse des séjours hospitaliers évitables permet d'identifier des zones géographiques où la poursuite d'un objectif d'équité horizontale nécessiterait des interventions pour y améliorer la délivrance de soins ambulatoires (en qualité, en quantité et en temps utile).

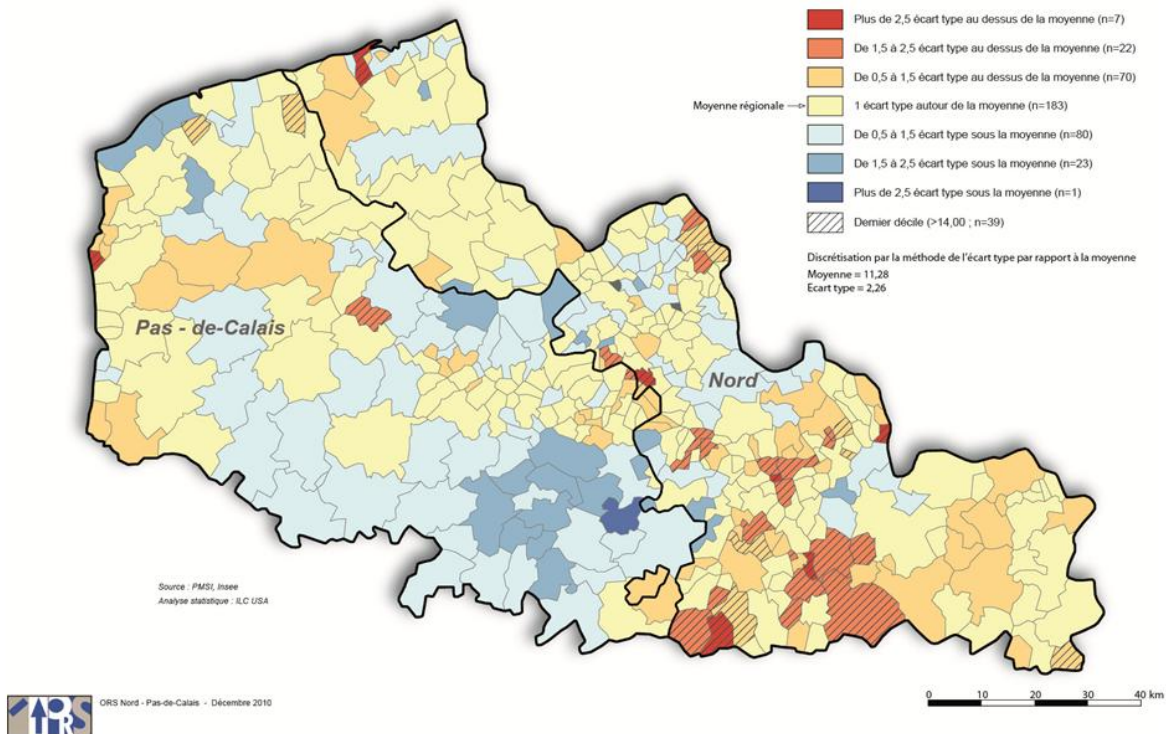
Territoires concernés

Régions Île-de-France, Nord – Pas-de-Calais et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

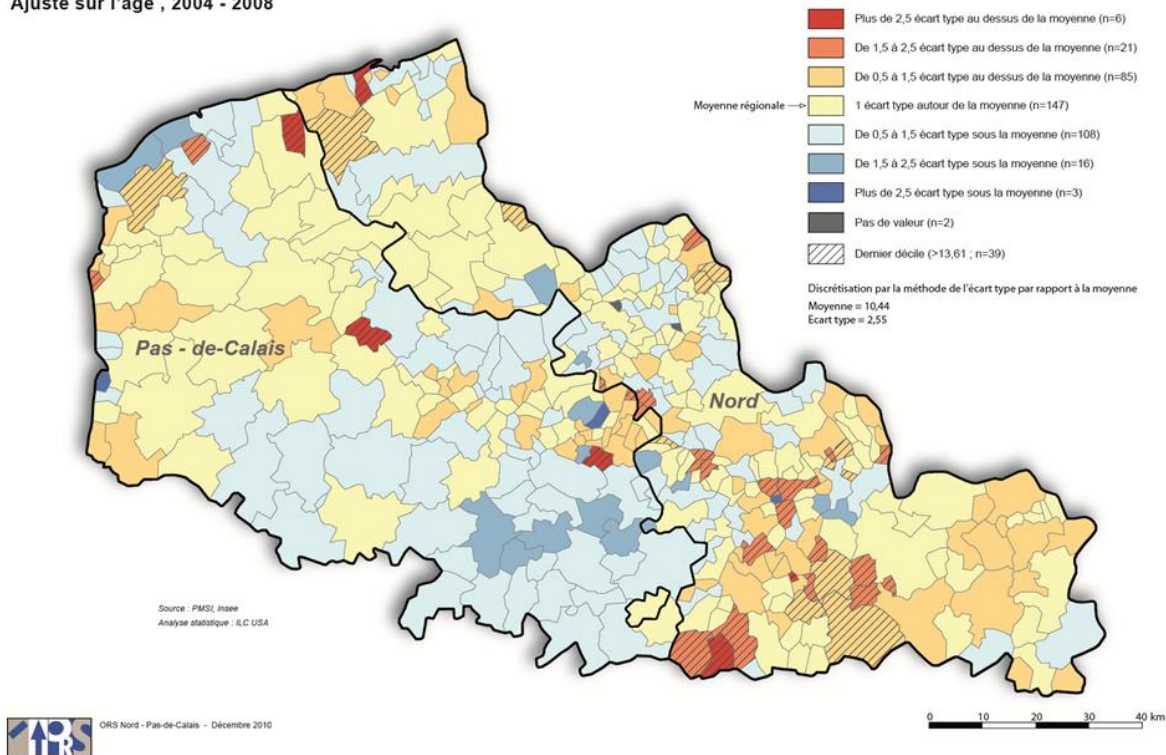
Partenaires associés

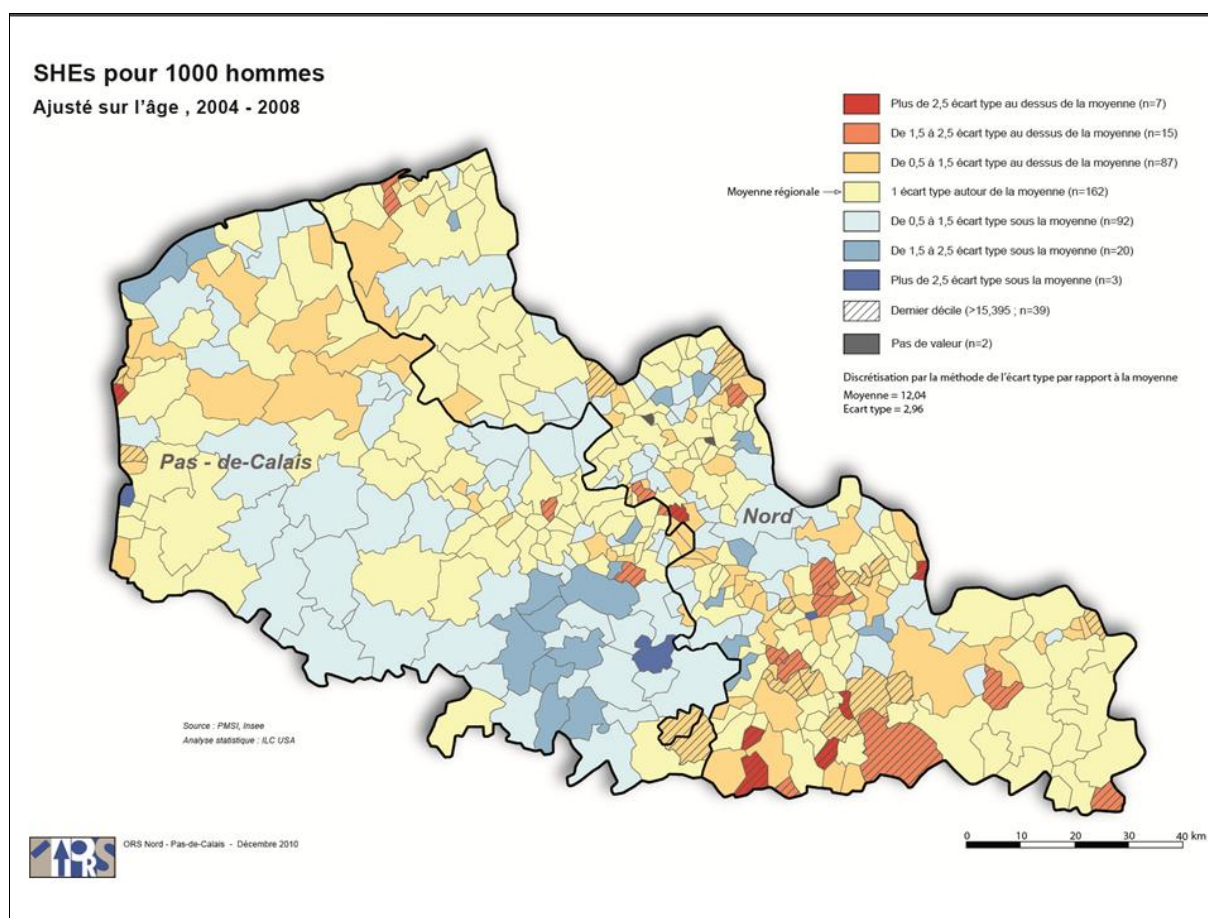
ILC-USA
Public Service de la New York University
CNAMTS
ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur
ORS Île-de-France

SHes pour 1000 habitants
Ajusté sur l'âge, 2004 - 2008



SHes pour 1000 femmes
Ajusté sur l'âge, 2004 - 2008





■ 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 socio-démographiques 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, canton).

Par la suite, l'ORS a également apporté ses compétences d'expertise de la connaissance de la situation socioéconomique et sanitaire de la population du Nord – Pas-de-Calais.

Résultats

Ce travail a abouti en 2011 à la publication par le GCPH des deux rapports suivants :

- Un rapport axé sur la comparaison West Central Scotland / Nord – Pas-de-Calais

Health and its determinants in West Central Scotland compared to Nord-Pas-de-Calais in France

http://www.gcph.co.uk/publications/273_the_aftershock_of_deindustrialisation_phase_two-wcs_and_nord-pas-de-calais

- Un rapport comparant la région écossaise (*West Central Scotland*) à cinq autres régions européennes (*Katowice/Silésie* (Pologne), *Merseyside* (Angleterre), *Nord – Pas-de-Calais* (France), *Nord de la Moravie* (République Tchèque), *Ruhr* (Allemagne)).

Health and its determinants in Scotland and other parts of post-industrial Europe : The Aftershock of deindustrialization study phase two

http://www.orsnpsc.org/etudes/Aftershock_Phase_Two_for_web.pdf

Perspectives 2012

Le GCPH espère, courant 2012, être en mesure de publier plusieurs *journal paper* et d'organiser un séminaire à Glasgow.

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)

Sollicitations et interventions diverses

Conseil scientifique de l'IRDES ;
Sollicitation de la part de la Commission d'évaluation économique et de santé publique de la Haute Autorité de Santé (fin d'année) ;
Conseil scientifique du Projet Régional de Santé (ARS) ;
Groupement Régional de Promotion de la Santé ;
Comité départemental (Nord) de lutte contre la délinquance ;
Commission régionale sur la Naissance ;
Participation au comité de pilotage de la mise en œuvre du Projet Territorial de Cohésion Sociale de Valenciennes Métropole.

Autres collaborations et participations :

- ✓ Agence Régionale de Santé Nord – Pas-de-Calais ;
- ✓ Faculté de Médecine Lille 2 ;
- ✓ Faculté des Sciences Juridiques, Politiques et Sociales Université de Lille 2 ;
- ✓ Université de New York (Étude sur les hospitalisations évitables, Pr Victor Rodwyn) ;
- ✓ Collège régional de prospective ;
- ✓ Hautes études régionales ;
- ✓ CISS ;
- ✓ CIRM ;
- ✓ Coordination Régionale des Réseaux de Cancérologie ;
- ✓ CREAI ;
- ✓ APPA ;
- ✓ ANPAA ;
- ✓ UDAPEI Nord ;
- ✓ Communauté d'Agglomération du Havre ;
- ✓ Presse écrite et audiovisuelle régionale et nationale.

Demandes spécifiques réalisées en 2011

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 (SCOT 2007, Secteurs de psychiatrie...). Souhaitant répondre au mieux aux besoins spécifiques de chacun, les indicateurs sont calculés à partir des données de mortalité récentes, régulièrement réactualisées.

■ Agence Régionale de Santé Nord – Pas-de-Calais

- **Présentation des ICM et des ICEM** auprès des services des études de l'ARS Nord – Pas-de-Calais (6 juillet 2011).
- **Département Santé Environnement** : Afin de définir des zones « prioritaires » où la mortalité par cancer est plus élevée et permettre d'appuyer auprès de leurs partenaires les objectifs de réduction d'émissions de polluants cancérigènes dans l'environnement, le département Santé Environnement a sollicité l'ORS Nord – Pas-de-Calais afin qu'il produise des ICM concernant différents cancers :
 - Tumeurs malignes des bronches et du poumon ;
 - Leucémies ;
 - Épithéliomes spino et basocellulaires ;
 - Tumeurs de l'estomac ;
 - Tumeurs des reins ;
 - Tumeurs malignes des fosses nasales ;
 - Tumeurs du foie.

Une réunion ORS / ARS a été planifiée afin de préciser les objectifs, notamment sur le choix de l'échelle d'analyse territoriale qui devait être la plus fine possible et également sur le choix des causes de décès qui devaient être les plus adaptées à l'objet de leur travail.

À l'issue de cette réunion, il a été convenu que l'ARS adresserait à l'ORS une liste précise des causes de décès retenues avec leur code CIM10 correspondant.

À ce jour, l'ORS est toujours en attente de cette liste.

- **Dans le cadre de la mise à jour régionale des indicateurs nationaux définis dans le Contrat pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2010-2013**, l'ARS Nord – Pas-de-Calais a demandé à l'ORS de lui produire différents ICM 2005-2008 à l'échelle des territoires de santé et des zones de proximité du Nord – Pas-de-Calais.

Les ICM portent sur :

- La mortalité toutes causes ;
- La mortalité évitable en réduisant les comportements à risques ;
- La mortalité par suicide ;
- La mortalité par accidents de la circulation ;
- La mortalité par tumeurs malignes ;
- La mortalité par tumeurs malignes des VADS ;
- La mortalité liée à la consommation d'alcool ;
- La mortalité liée à la consommation de tabac ;

- La mortalité par maladies de l'appareil circulatoire ;
- La mortalité par maladies de l'appareil respiratoire ;
- La mortalité par bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives ;
- La mortalité due au diabète sucré ;
- La mortalité par sida et maladies à VIH.

Pour chacune de ces causes de décès, les ICM ont été calculés tous âges confondus, chez les moins de 65 ans et chez les 65 ans ou plus. L'ORS a également calculé, pour certaines de ces causes de mortalité, le nombre de décès des années 2005, 2006, 2007 et 2008 de chaque territoire. Enfin, les ICM de chaque région ont été fournis.

Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale

- Demande d'un nombre détaillé de décès par suicide

La Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale (F2RSM) a souhaité, pour le calcul de ses indicateurs, obtenir le nombre détaillé de décès 2006 entre 15 et 24 ans pour chaque sexe dans le Nord – Pas-de-Calais.

MSA Nord – Pas-de-Calais

Dans le cadre d'une étude d'opportunité sur la création d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire au sein de la Communauté de Communes de Desvres-Samer, la MSA Nord – Pas-de-Calais a sollicité l'ORS Nord – Pas-de-Calais afin qu'il lui calcule, à l'échelle de ladite communauté de communes, les ICM 2005-2008 tous âges et prématurés.

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)				Territoire classé juste avant	Territoire classé juste après	Nombre de décès observés cumulés	ICM (France=100)			
					IC inf	ICM	IC sup	Rang (2)				IC inf	ICM	IC sup	Rang (2)
RÉGION	Nord - Pas-de-Calais	Picardie (ICM=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=124,6)	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=124,6)	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 DE COMMUNES (1)	CC Desvres-Samer	CC de Crèvecœur le Grand (PIC) (ICM=115,9)	CC de la Haute Vallée de la Gravona (COR) (ICM=116,1)	406	105,0	116,0	127,9	1926 sur 2397	CC du Badonville (LOR) (ICM=133,0)	CC des Deux Vallées du Canton de Fismes (CHA) (ICM=133,1)	416	120,6	133,1	146,5	234 sur 235

Source : INSEE - Recensement de la population, INSEEM 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 (0,01<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

Aisne (AIS), Aquitaine (AQU), Auvergne (AUV), Basse-Normandie (BNO), Bourgogne (BOU), Bretagne (BRE), Centre (CTR), Champagne-Ardenne (CHA), Corse (COR), Franche-Comté (FCO), 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).

Commune d'Arras

Dans le cadre de l'élaboration d'un Projet Social de Territoire de la Ville d'Arras et la réalisation de l'analyse des besoins sociaux (A.B.S.) de sa population, l'ORS Nord – Pas-de-Calais a effectué la mise à jour des indicateurs sociodémographiques contenus dans les fiches de synthèse (<http://www.orsnpdc.org/donnees-territoire>) présentées sur le site de l'ORS, au niveau de la commune d'Arras.

Il a également été convenu que, dès la mise à jour des ICM 2006-2009, l'ORS testera la signification statistique des ICM à l'échelle de cette commune.

INSEE Nord – Pas-de-Calais

Calcul de l'indice comparatif de mortalité 2005-2008 toutes causes confondues à tous âges et avant 65 ans, selon le découpage territorial du Schéma de Cohérence Territoriale (SCOT) et des Parcs Naturels Régionaux (PNR) du Nord – Pas-de-Calais.

Ces données participent à la mise à jour annuelle du Tableau de bord des territoires de la région Nord – Pas-de-Calais, à laquelle a déjà contribué l'Observatoire Régional de la Santé.

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

■ ***Institut de Formation en Soins Infirmiers d'Arras***

L'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) d'Arras a sollicité l'ORS Nord – Pas-de-Calais pour une présentation portant sur les **Inégalités et disparités de santé dans le Nord – Pas-de-Calais**.

Cette présentation visait à informer les étudiants infirmiers sur les inégalités territoriales de santé au sein de la région. Elle a été suivie d'une discussion sur cette thématique.

Rédaction d'articles

■ **Répartition des professionnels de santé et territoires de prise en charge**

En se fondant sur la région Nord – Pas-de-Calais, l'auteur montre que la planification de l'offre de santé est complexe et loin de répondre à des critères purement objectifs. Elle apparaît partagée entre concurrence des territoires, équité des patients devant la maladie, et coût économique pour la société.

Lacoste O. Répartition des professionnels de santé et territoires de prise en charge. *Villes en parallèle* 2010 ; 44 : 149-57.

■ **Inégalités géographiques de mortalité par cancer dans les cantons d'Île-de-France**

L'analyse de la mortalité par cancer en Île-de-France témoigne d'une sous-mortalité masculine et d'une surmortalité féminine au regard de la moyenne française. La répartition géographique fine de ces différences montre notamment une corrélation avec les zones de précarité sociale dans les anciens bassins industriels (hommes) et la diffusion plus précoce du tabagisme (femmes).

Declercq C, Pépin P. Inégalités géographiques de mortalité par cancer dans les cantons d'Île-de-France. *Villes en parallèle* 2010 ; 44 : 115-28.

■ **Hommes et structures de la santé. De l'importance du terrain à l'heure de la mise en place de la loi HPST**

La loi HPST représente un événement essentiel dont l'impact apparaîtra à l'avenir au travers de ce qu'elle aura permis de mettre en place en élargissant largement les conditions de l'opérationnalité de la santé publique sur le terrain. De nombreux projets territoriaux se conçoivent faisant appel à des raisonnements géographiques et géopolitiques qui contrastent avec les fictions d'institutions antérieurement utilisées. Parmi les sept grands axes de la politique nationale de santé, la question de la soutenabilité économique du système, plus que problématique, met en péril la réduction des inégalités territoriales de santé et le rôle d'amortisseur des crises économiques qu'a eu la protection dans les territoires les plus en difficulté. Si la problématique du vieillissement de la population pouvait être analysée et gérée par avance, la crise de la démographie des professionnels de santé, elle, ne s'est pas renouvelée à la hauteur des profondes mutations culturelles et structurelles qui ont caractérisé les médecins les moins âgés. La liberté d'installation ne peut être la seule cause d'une répartition géographique de professionnels de proximité et de professionnels de pôles dont la répartition s'analyse et se pense.

Lacoste O. Hommes et structures de la santé. De l'importance du terrain à l'heure de la mise en place de la loi HPST. *Hérodote* 2011 ; 143 : 33-50.

■ **Les à-venir des territoires du Nord – Pas-de-Calais**

Lacoste O. Les à-venir des territoires du Nord – Pas-de-Calais. *Contact Santé* 2011 ; HS 4 : 20-1.

Février 2012



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

235 avenue de la Recherche
CS 50086 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