



Rapport d'activité

Année 2012

Rapport d'activité

Année 2012

Sommaire

Réunion des instances	9
Conseil d'administration	9
Assemblée générale ordinaire	9
Activité de gestion	11
Gestion du personnel	11
Gestion financière et comptable	11
Le GIE Groupement Régional de Promotion de la Santé	12
Activités permanentes	13
Le DRI	13
SISMO (Site Internet)	14
Indicateurs statistiques mis en ligne en 2012	16
SIGORS	18
50/51° Nord	20
N.S.E.O. un point sur ...	24
Territoires et Santé – Lettre à destination des élus	25
Études & travaux	27
• La santé en poche	29
• L'évaluation d'impact sur la santé : analyse et perspectives de développement dans le Nord – Pas-de-Calais	32
• O.U.E.S.	35
• Observations inattendues et capricieuses de la santé	38
• L'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap mental : Enquête épidémiologique descriptive	41
• Évaluation de la PACES de l'Université Lille 2 à Boulogne-sur-Mer	45
• Prospective de l'impact régional des dynamiques des professionnels de santé. Étape préparatoire	47
• Maillage des pôles d'offre	49
• Diagnostics statistiques des Contrats Locaux de Santé (CLS) et des Projets Locaux de Prévention (PLP) par zone de proximité	52
• Mise en place d'indicateurs d'évolution préparatoire à l'évaluation du PRS	56
• Mise à jour et développement 2012 des indicateurs de mortalité du site de l'ORS	58
Autres activités	61
• Semaine Cancer	61
• Participation et enquête dans le cadre de la mise en place du Contrat Local de Santé de Lens-Liévin / Hénin-Carvin	68
• Formations CISS-UDAF dans le cadre des <i>Journées de formation des représentants familiaux dans les structures médicales et médico-sociales des quatre territoires de santé</i>	70
• Participation au séminaire ANGDM et CANSSM <i>Promouvoir le mieux-vieillir des anciens mineurs et de leurs ayants droit</i>	73

Autres sollicitations et interventions	75
Demandes spécifiques de statistiques réalisées en 2012	78
Annexes	83

Réunion des instances

Au cours de l'année 2012, les instances de l'ORS sollicitées par son Président, Jean-Louis Salomez, se sont réunies le 13 septembre 2012.

Conseil d'administration

Compte tenu de la similarité des questions inscrites à l'ordre du jour de l'Assemblée générale ordinaire, le Président a proposé de n'aborder que les points particuliers relevant de cette instance.

1. Approbation du PV de la réunion du 19/12/2011.
2. Présentation des deux demandes d'adhésion dont il a été saisi :
 - ✓ Monsieur Pierre-Marie Lebrun, Président du Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) Nord – Pas-de-Calais ;
 - ✓ Monsieur Ernest Ledru, Président de l'Union Régionale des Associations Familiales (URAF) Nord – Pas-de-Calais.

Aucune remarque n'ayant été formulée de la part des administrateurs présents, les deux postulants ont intégré l'Assemblée générale de l'ORS.

3. Mise à jour du *Collège des organismes de protection sociale*, avec l'arrivée de deux nouveaux représentants respectivement désignés par les Conseils d'administration des CAF du Nord et du Pas-de-Calais.
4. Exposé de la situation délicate à laquelle est confronté le GIE GRPS depuis l'été dernier. Les décideurs se sont clairement orientés vers une refonte totale de la structure. Un comité de pilotage commun ARS/Région a d'ailleurs été constitué dans cette optique d'accompagnement à la restructuration.

La dissolution du GIE étant tributaire de l'accord de chaque association membre, le Président a sollicité un premier avis des administrateurs présents concernant la dénonciation de la participation de l'ORS au GIE.

Après délibération, il a été convenu qu'il soutiendrait, en nom collectif, la décision de quitter le GIE, décision prise de concert avec l'ensemble des associations membres du Groupement, et de privilégier la solution qui générerait le moins de frais pour l'ORS.

Assemblée générale ordinaire

1. Approbation du PV de la réunion du 19/12/2011.
2. Examen et validation des rapport d'activité et compte de résultat-bilan financier 2011.
 - ✓ Après avoir entendu le rapport d'activité, les adhérents présents ont approuvé à l'unanimité ledit rapport tel qu'il leur avait été présenté.
 - ✓ S'agissant du compte de résultat-bilan financier de l'exercice 2011, les dépenses s'élevaient à 1 297 697,30 € ; les recettes à 1 312 054,16 €. L'ORS a terminé l'année avec un excédent de 14 356,86 €, qui a permis au titre du bilan de disposer de fonds propres à 27 391 €. L'ORS remontait ainsi d'une situation difficile depuis 2008.

La présentation du rapport général et du rapport spécial du Commissaire aux comptes a été assurée par le Président, Maître Cappelier s'étant excusé de ne pouvoir être présent lors de cette instance.

Après avoir entendu les différents rapports financiers relatifs à l'exercice clos le 31 décembre 2011, l'Assemblée générale ordinaire a approuvé à l'unanimité les comptes annuels 2011 présentés en séance.

3. Renouveau de la mission du Commissaire aux comptes

- ✓ Aucune objection n'ayant été formulée par les adhérents présents, le renouvellement de la mission de Maître Jean-Bernard Cappelier a été entériné par le Président.

4. Projet de convention de partenariat entre l'ORS et RTE (Réseau de Transport d'Électricité)

- ✓ Après en avoir pris connaissance, l'Assemblée générale ordinaire a approuvé à l'unanimité ledit projet, sous réserve de l'accord de RTE de permettre à l'ORS de diffuser les propositions de la Commission Santé via son site Internet.

5. Élection partielle du *Collège des membres élus*

- ✓ Sur les six sièges que comporte ce Collège, quatre restaient vacants. Cinq actes de candidature étaient parvenus au Président :

- ⇒ Monsieur le Pr Michel Delcroix (Président de l'APPRI à l'EPSM des Flandres)
- ⇒ Monsieur le Pr Jean-Marie Haguenoer (Président de l'IREPS Nord – Pas-de-Calais)
- ⇒ Monsieur Jean-Michel Honoré (Directeur d'hôpital honoraire ; Administrateur du Comité Départemental du Nord de la Ligue contre le Cancer)
- ⇒ Monsieur Pierre-Marie Lebrun (Président du CISS Nord – Pas-de-Calais)
- ⇒ Monsieur Ernest Ledru (Président de l'URAF Nord – Pas-de-Calais)

Un vote à bulletin secret s'en est suivi. À l'issue du dépouillement, la nouvelle composition dudit Collège fut la suivante :

- ⇒ **J.M. Haguenoer**
- ⇒ **J.M. Honoré**
- ⇒ **P.M. Lebrun**
- ⇒ **E. Ledru**

Deux sièges étaient déjà pourvus et attribués à

- ⇒ **C. Blanc** (représentant l'URI CFDT Nord – Pas-de-Calais)
- ⇒ **J.J. Caulier** (Secrétaire général de la Chambre Syndicale des Médecins du Nord)

Activité de gestion

Gestion du personnel

Évaluation des collaborateurs

L'évaluation annuelle du personnel est en place depuis plusieurs années. En 2012, l'ORS a souhaité affiner les grilles d'évaluation jusqu'alors utilisées ; l'une concerne le personnel d'étude, et l'autre le personnel administratif. Beaucoup plus précises, elles ont fait l'objet d'une information concertée avec l'ensemble du personnel. Les critères d'évaluation ont été identiques pour chaque catégorie précitée.

La grille du personnel d'étude¹ reprend les capacités générales, les compétences spécifiques du personnel d'étude, les savoirs et connaissances, les capacités organisationnelles et relationnelles. Le volet « évolution professionnelle » en fixe les objectifs, les projets souhaités, etc.

La grille du personnel administratif¹ reprend les critères liés à la maîtrise du poste, les qualités de travail, le travail en équipe ; l'évolution professionnelle est également partagée avec le salarié.

Ces entretiens ont eu lieu courant avril, mai et juin. Les résultats ont été transmis à chacun.

Effectif

L'équipe de l'ORS, notamment sur la partie étude, a été réduite au cours de l'année du fait de l'absence longue pour maladie d'un chargé d'étude ; une chargée d'étude a quitté l'ORS en novembre. Une salariée en contrat à durée déterminée a intégré l'équipe à compter de septembre. Au 31 décembre 2012, l'équipe se composait de neuf personnes.

Deux internes de santé publique ont choisi l'ORS en 2012 dans leur parcours.

Gestion financière et comptable

L'ORS a rencontré de sévères difficultés de trésorerie fin septembre. La banque n'autorisant plus aucun découvert, les salaires (habituellement provisionnés le 26 de chaque mois) ont été versés avec un décalage de plusieurs jours sur octobre.

Le Conseil Régional a commandité un audit financier et organisationnel de l'ORS devant mener à l'élaboration d'un guide des procédures (comptabilité, pilotage des projets, compte rendu de services faits). Réalisé par le Cabinet Deloitte, cet audit a eu lieu fin 2012.

Il en ressort sur le plan financier et comptable que la subvention 2011 a été revue à la baisse de 24 000 €.

Pour l'année 2012, la subvention du Conseil Régional a été également réduite (cf. bilan et compte de résultat 2012).

La liquidation judiciaire de l'IREPS a eu pour conséquence une perte d'environ 10 000 € pour l'ORS.

¹ Voir en annexes *L'évaluation des collaborateurs*

À noter : le guide des procédures n'était pas encore disponible en fin d'année 2012.

L'ORS a été accompagné par le Cabinet Deloitte pour la présentation des fiches CPOM 2013 Conseil Régional, notamment sur l'aspect financier, ceci avant la démarche initiée par le Conseil Régional. Celles-ci n'ont été transmises qu'en 2013 après que plusieurs formats aient été demandés

Mise en place d'un outil de gestion de temps en octobre

L'ORS s'est doté d'un système de gestion de temps (affectation/réalisation) par personne, par étude ou travail produit. La planification « affinée » des travaux d'étude est une démarche qui s'inscrit sur 2013 également.

Le GIE Groupement Régional de Promotion de la Santé

Au cours de l'année 2012, l'ORS a participé de manière formelle aux réunions des instances du GIE.

Pas ou peu de travaux collaboratifs, hormis dans le cadre de la *lettre aux Territoires*².

² Voir rubrique Activités permanentes.

Activités permanentes

Le DRI

Le Département de Recherche et d'Information assure la collecte, le traitement et la diffusion de l'information, prioritairement auprès des chargés d'études de l'ORS. Il répond également aux demandes d'information documentaire ou statistique des usagers extérieurs.

Les activités courantes

6. Gestion du fonds documentaire ;
7. Commande / Indexation de documents :
La base contient 5 580 documents au 31 décembre 2012 ;
8. Veille documentaire pour les chargés d'études (liste non exhaustive) :
Accès et recours aux soins, cancers, démographie des professions de santé, économie de la santé, environnement, hospitalisation à domicile, inégalités de santé, territoire, toxicomanies, santé mentale... ;
9. 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 2012.

Les thèmes les plus prisés ont été :

❖ Accès aux soins	❖ Morbidité par pathologie
❖ Accidents d'exposition au sang	❖ Mortalité infantile
❖ Activité physique	❖ Mortalité par pathologie
❖ Cancers	❖ Obésité, surpoids
❖ Démographie des professions de santé	❖ Offre de soins
❖ Démographie médicale	❖ Personnes âgées
❖ Espérance de vie	❖ Population, démographie
❖ Handicap	❖ Recours aux soins
❖ Hospitalisation à domicile	❖ Santé au travail
❖ IVG	❖ Santé mentale
❖ Maladie d'Alzheimer	❖ Soins palliatifs
	❖ Toxicomanies : alcool, tabac, drogues

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

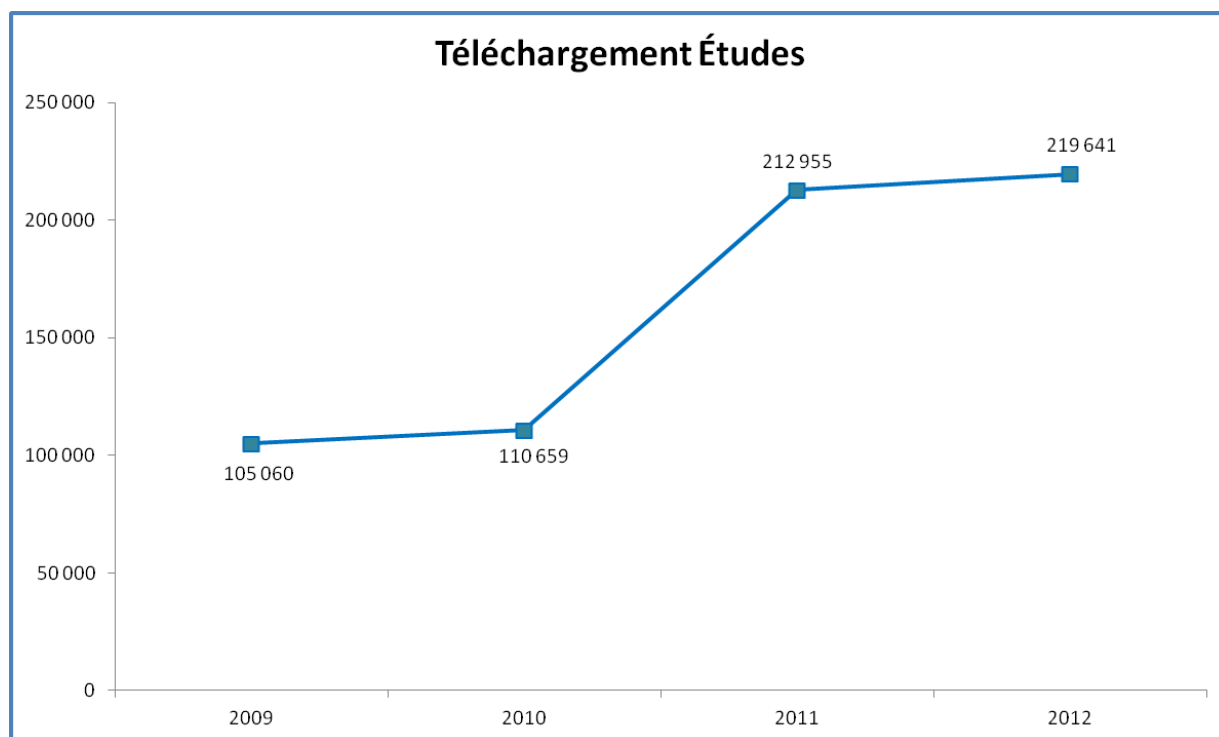
SISMO (Site Internet)

En 2012, le site Internet de l'ORS Nord – Pas-de-Calais a comptabilisé 86 654 visites et près de 1 216 232 téléchargements de fichiers.

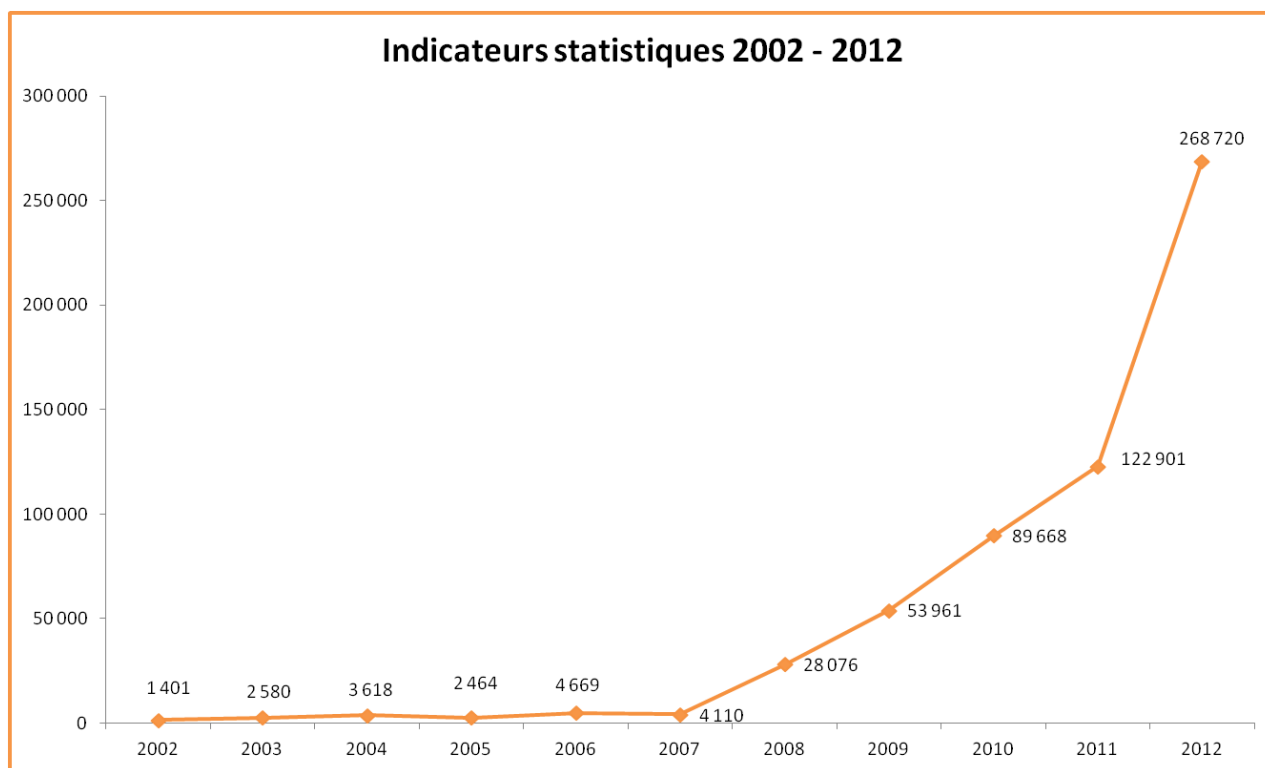
Parmi les travaux les plus téléchargés par les internautes, figurent les publications suivantes :

Clas.	N°	Titre de l'étude 2012	Année 2012
1	Obs.	Les déchets et la santé	149 436
2	Obs.	Santé mentale	76 481
3	Obs.	Territoire et santé	52 395
4	Obs.	Violence	48 965
5	Obs.	Risques, catastrophes, crises	38 959
6	Obs.	Climat, météo et santé	38 281
7	Obs.	Les migrations	27 034
8	Obs.	Les temps de la santé	25 199
9	50/51° Nord	11- Les bassins de vie du Nord - Pas-de-Calais : l'Artois, 2006	18 785
10	Étude 08-2	Accessibilité des professionnels de santé : une approche régionale de l'offre de soins et de son éloignement, 2008	18 378

Le téléchargement des études a été en très légère hausse en 2012 :



Le téléchargement des indicateurs statistiques produits par l'ORS est en constante progression, près de 120% d'accroissement, comme en témoigne le graphique ci-contre.



Les fichiers mis en ligne en 2012 sont énumérés ci-dessous et plus loin dans ce document.

Indicateurs statistiques mis en ligne en 2012

Mortalité par causes dans le Nord – Pas-de-Calais 2006 – 2009 :

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

- Mortalité par causes dans le Nord – Pas-de-Calais 2006 – 2009
- Mortalité toutes causes de décès confondues dans le Nord – Pas-de-Calais 2006 – 2009
- Mortalité évitable par des actions sur les facteurs de risque individuel dans le Nord – Pas-de-Calais 2006 – 2009
- Mortalité évitable par des actions sur le système de soins dans le Nord – Pas-de-Calais 2006 – 2009
- Mortalité par tumeurs malignes dans le Nord – Pas-de-Calais 2006 – 2009
- Mortalité par tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx, dans le Nord – Pas-de-Calais, 2006 – 2009
- Mortalité par tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale, du pharynx et du larynx, dans le Nord – Pas-de-Calais, 2006 – 2009
- Mortalité par tumeur maligne de l'œsophage dans le Nord – Pas-de-Calais, 2006 – 2009
- Mortalité par tumeur maligne du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon, dans le Nord – Pas-de-Calais, 2006 – 2009
- Mortalité par tumeur maligne du côlon dans le Nord – Pas-de-Calais, 2006 – 2009
- Mortalité par tumeur maligne colorectale dans le Nord – Pas-de-Calais, 2006 – 2009
- Mortalité par tumeur maligne de l'estomac dans le Nord – Pas-de-Calais, 2006 – 2009
- Mortalité par tumeur maligne de la prostate dans le Nord – Pas-de-Calais, 2006 – 2009
- Mortalité par tumeur maligne du sein dans le Nord – Pas-de-Calais, 2006 – 2009
- Mortalité par tumeur maligne du col de l'utérus dans le Nord – Pas-de-Calais 2006 – 2009
- Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire dans le Nord – Pas-de-Calais, 2006 – 2009
- Mortalité par cardiopathies ischémiques dans le Nord – Pas-de-Calais, 2006 – 2009
- Mortalité par maladies cérébrovasculaires dans le Nord – Pas-de-Calais, 2006 – 2009
- Mortalité par maladies de l'appareil respiratoire dans le Nord – Pas-de-Calais, 2006 – 2009
- Mortalité par bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives dans le Nord – Pas-de-Calais, 2006 – 2009
- Mortalité par maladie chronique du foie dans le Nord – Pas-de-Calais, 2006 – 2009
- Mortalité par abus d'alcool (y compris psychose alcoolique) dans le Nord – Pas-de-Calais, 2006 – 2009
- Mortalité par diabète sucré dans le Nord – Pas-de-Calais, 2006 – 2009
- Mortalité par accidents de la circulation dans le Nord – Pas-de-Calais, 2006 – 2009
- Mortalité par suicides dans le Nord – Pas-de-Calais, 2006 – 2009

Diagnostics statistiques des Contrats Locaux de Santé :

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

- CLS d'Arras
- CLS de Béthune
- CLS de Calais
- CLS du Canton d'Armentières

- CLS du Canton de Merville
- CLS des Cantons de Cassel-Steenvoorde
- CLS de la CU de Dunkerque
- CLS de Hem
- CLS de Lille-Lomme-Hellemmes
- CLS de Roubaix
- CLS de Tourcoing

Diagnostics statistiques des Projets Locaux de Prévention (par zone de proximité) :

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

- ZP de l'Arrageois
- ZP de l'Audomarois
- ZP de Béthune-Bruay
- ZP du Boulonnais
- ZP du Calaisis
- ZP du Cambrésis
- ZP du Douaisis
- ZP du Dunkerquois
- ZP de Flandre intérieure
- ZP de Lens-Hénin
- ZP de Lille
- ZP du Montreuillois
- ZP de Roubaix-Tourcoing
- ZP de Sambre-Avesnois
- ZP du Valenciennois

SIGORS

Contexte

SIGORS est le Système d'Information Géographique (SIG) de l'ORS Nord – Pas-de-Calais. C'est un système informatique conçu pour permettre le stockage, la gestion, le traitement et la représentation cartographique de données à références spatiales. Son exploitation facilite la compréhension et la représentation des phénomènes liés à la santé sur les territoires du Nord – Pas-de-Calais. Utilisé depuis plus de dix ans dans la grande majorité des études de l'ORS et contribuant à ce titre à la mémoire de la santé des territoires, SIGORS est un outil fondamental de l'observation spatiale et territoriale de la santé dans la région. Outre la réalisation de cartes ou d'atlas sur des thématiques de santé, il permet également la mise en œuvre de méthodes utiles à l'analyse des enjeux (croisements de données, analyses statistiques, temps d'accès, courbes isochrones, aires d'attraction). Avec la régionalisation de plus en plus poussée des politiques de santé durant ces dernières années, la demande des acteurs des différents territoires qui composent la région de disposer de données de santé comparables dans le temps et dans l'espace est de plus en plus forte. La carte est devenue un outil de communication efficace et plébiscité et revêt une puissance pédagogique très forte, en particulier chez les élus. Répondre à cette demande nécessite de pouvoir aisément mobiliser ces données sur différents découpages territoriaux afin de produire des synthèses et des analyses utiles pour éclairer la prise de décision. Le SIG est l'outil privilégié qui permet de recomposer l'information géographique sur les différents territoires en fonction des enjeux et des attentes. Il fonctionne sur une logique d'emboîtement territorial, depuis la commune jusqu'au territoire national, chaque territoire composant un individu statistique ayant ses caractéristiques géométriques propres (positionnement dans un plan orthonormé) et des informations attributaires qui lui sont rattachées. À partir d'un plus petit dénominateur territorial commun (le plus souvent la commune) qui constitue l'unité géographique de base à laquelle sont attribuées les différentes informations, SIGORS permet une interrogation des différents découpages territoriaux par agrégation des données attributaires : communes, intercommunalités, cantons, arrondissements, zones d'emploi et bassins de vie, zones de proximité et territoires de santé, territoires de projets... Cet emboîtement d'échelle, cette flexibilité de lecture à différents niveaux de territoires est fondamentale pour une connaissance approfondie des espaces et de leur contexte et permet de s'adapter à la variabilité des enjeux et des périmètres de gestion. L'analyse spatiale et territoriale des phénomènes de santé est un domaine dans lequel l'ORS Nord – Pas-de-Calais est reconnu. Elle dépend en grande partie de la capacité de SIGORS à générer de l'information sur ces territoires de référence, dans la région et au-delà afin de disposer d'éléments de comparaison pertinents.

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 logiciel

Passage de la version 6.5 de Géoconcept à la version 7.1

Mise à jour de données

En 2012, 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) ;
- Les zonages infrarégionaux : intercommunalités (DGCL, DIACT).

La recherche, la collecte, l'organisation et le traitement des données à caractère géographique font partie des activités permanentes liées à SIGORS. La stratégie d'action se base sur la collecte des données au niveau de la France entière afin d'insérer les territoires du Nord – Pas-de-Calais dans un ensemble géographique plus vaste et de disposer de territoires comparables pertinents en dehors de la région. L'enrichissement continu des bases d'information passe par une mise à jour annuelle des « bases permanentes » utilisées dans SIGORS et par l'intégration de données non permanentes. Ces bases de données sont relatives aux découpages territoriaux d'une part et aux informations attributaires d'autre part.

- Découpages territoriaux mis à jour en 2012 :
 - Mise à jour annuelle de la base de données sur la composition communale, France entière, fichiers INSEE (fusions et séparations de communes)
 - Mise à jour annuelle de la base de données sur la composition des intercommunalités, France entière : Communautés Urbaines, Communautés d'Agglomération, Communautés de Communes, Pays, autres intercommunalités, fichiers DIACT et DGCL
- Informations attributaires :
 - Mise à jour annuelle de la base de données sur l'état de santé de la population : base de données sur la mortalité CépiDc de l'INSERM, aux différents niveaux géographiques
 - Mise à jour annuelle de la base de données démographique et socio-économique : recensement annuel de la population de l'INSEE, niveau communal et agrégations à différents niveaux géographiques
 - Mise à jour annuelle de la base de données sur la démographie des professions de santé : fichier ADELI puis RPPS, niveau communal et agrégations à différents niveaux géographiques
 - Mise à jour selon des données de Score-santé, de la Fédération Nationale des ORS, accessibles au niveau des Départements ou des Régions dans le cadre de l'étude *La santé en poche*

Dans l'optique de l'exercice 2013, une analyse de la disponibilité des données et de l'opportunité de mettre à jour des couches d'informations géographiques a été réalisée auprès de PPIGE et de Géoconcept, ainsi que l'analyse de l'opportunité d'acquérir de nouveaux modules de traitement et d'analyse de l'information géographique auprès de Géoconcept.

Utilisation dans les études

SIGORS a contribué à enrichir les thématiques explorées par l'ORS en 2012 en répondant aux besoins d'analyse spatiale et de production cartographique, notamment sur :

- *La santé en poche* ;
- Le rapport *Maillage des pôles d'offre* ;
- Les demandes extérieures provenant des acteurs de santé de la région, dont certains ORS et quelques ARS ou Conseils régionaux et des différentes associations présentes au sein du GRPS.

Prestations hors études

- Utilisation de SIGORS pour le 50/51 sur *La santé, jour et nuit* ?

50/51° Nord

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

Numéros parus

50/51° Nord Facteurs de risques et prévention des cancers

Contexte

Dans le cadre de la Semaine Cancer, le Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais a demandé à l'ORS Nord – Pas-de-Calais de réaliser un 50/51 ayant pour thème les facteurs de risques et de prévention des cancers.

Objectifs

Rappeler les différents facteurs de risques qui favorisent les cancers, leurs impacts au niveau régional en termes de surmortalité par rapport à la moyenne nationale, mais aussi faire le point sur les comportements protecteurs du cancer (alimentation équilibrée, activité physique) sur lesquels peuvent s'appuyer les actions de prévention du Conseil Régional et de l'ARS.

Cette fiche s'est focalisée notamment sur les facteurs de risques comportementaux représentant les premières causes de mortalité évitable (tabac, alcool) ainsi que sur la nutrition et l'activité physique qui représentent d'importants leviers de protection sur lesquels il est possible d'agir.

Ce document visait également à faire le point sur l'amiante, qui est la seconde cause de reconnaissance des maladies professionnelles dans la région, et sur les facteurs environnementaux liés à l'industrie, le trafic routier, l'environnement professionnel.

Méthode utilisée

La réalisation de ce dossier s'est appuyée sur une importante recherche bibliographique sur les facteurs de risques et de prévention des cancers. En outre, afin d'illustrer la surmortalité du Nord – Pas-de-Calais et les inégalités au sein des différents territoires qui le composent, des Indices Comparatifs de Mortalité (ICM) ont été présentés sous forme de graphiques à différents échelons territoriaux. Les ICM portaient sur les cancers de la trachée, des bronches et du poumon ; des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage ; du côlon et du rectum ; du sein ; de la prostate ; de l'estomac ; de la plèvre ; et sur l'ensemble des tumeurs malignes.

Territoires concernés

Région Nord – Pas-de-Calais, autres régions françaises, Communautés d'Agglomération et Urbaines du Nord – Pas-de-Calais.

Principaux résultats

Ce 50/51 a servi d'élément de documentation proposé lors des présentations et débats organisés à l'occasion de la 6^e édition de la « Semaine de mobilisation face aux cancers Nord – Pas-de-Calais ».

50/51° Nord La santé, jour et nuit ?

Contexte

L'augmentation des déplacements modifie nos modes de vie. Où choisissent de se faire soigner les personnes qui travaillent à distance de leur lieu de résidence ? Pour consulter un chirurgien-dentiste par exemple, prennent-elles rendez-vous dans leur commune de résidence ou chez un professionnel de santé proche de leur lieu d'activité ? La planification de l'offre de santé et la répartition géographique des professionnels de santé n'intègrent pas encore ces données de mobilité. Elles sont basées sur le nombre de résidents dans une zone donnée et ne tiennent pas compte de la population réellement présente sur un territoire à un instant donné.

Objectifs

Face à ces questions, l'ORS Nord – Pas-de-Calais propose dans ce dossier de mesurer l'offre de soins (densité des professionnels de santé) en tenant compte de la variation de la population d'un territoire selon les déplacements entre le domicile et le lieu de travail des personnes, autrement dit en rapportant l'offre de soins d'abord à la population résidente censée dormir dans ce territoire (densité de nuit), puis à la population effectivement présente la journée sur ce même territoire (densité de jour). Ce 50/51 vise au final à comparer des cartes de densité de jour et de nuit par zone d'emploi pour les médecins généralistes, les médecins spécialistes et les chirurgiens-dentistes.

Méthode utilisée

À l'échelle des zones d'emploi du Nord – Pas-de-Calais, la densité de nuit recouvre essentiellement la demande de soins des résidents et la densité de jour concerne la demande de soins des personnes présentes sur le territoire lorsque sont prises en compte les migrations quotidiennes. Une première approche de l'estimation de la variation de la population sur un territoire entre le jour et la nuit a consisté à se baser sur le fichier « mobilité » de l'INSEE relatif aux déplacements domicile-lieu d'activité. Dans un premier temps, certaines catégories ont été considérées comme sédentaires (enfants en bas âge, chômeurs, retraités, personnes au foyer...).

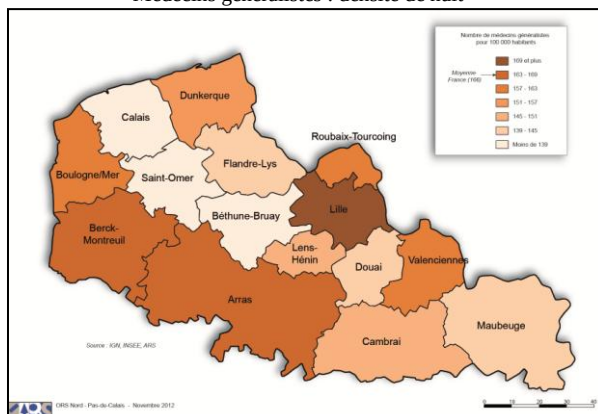
Territoires concernés

Zones d'emploi 2010 de l'INSEE Nord – Pas-de-Calais.

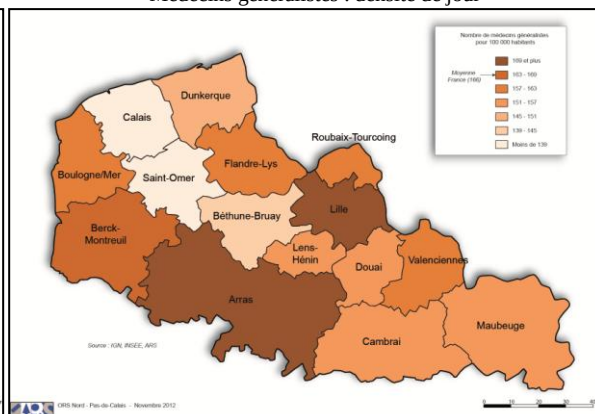
Principaux résultats

Médecins généralistes

Médecins généralistes : densité de nuit



Médecins généralistes : densité de jour

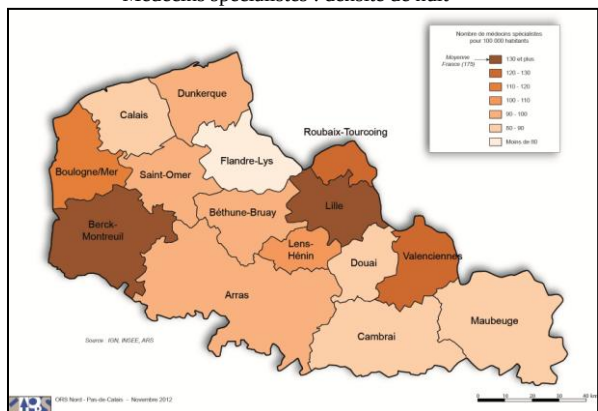


Sources : DREES – DRASS – FINESS, Répertoire ADELI des professions médicales et paramédicales en exercice au 01/01/2008, INSEE - Recensement 2008 de la population. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

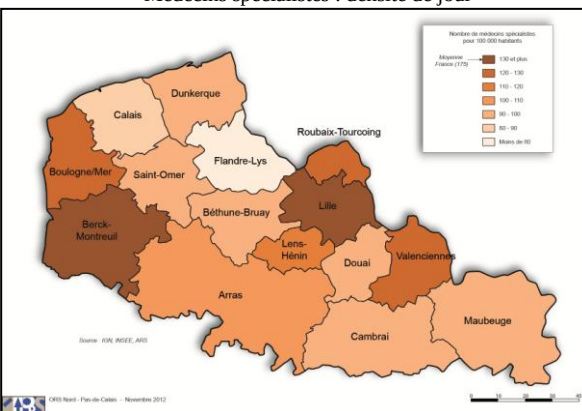
C'est chez les médecins généralistes que la densité médicale connaît la plus forte variation entre la nuit et le jour.

Médecins spécialistes

Médecins spécialistes : densité de nuit



Médecins spécialistes : densité de jour

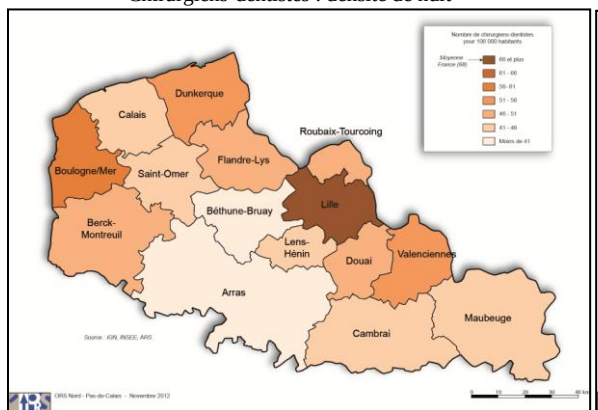


Sources : DREES – DRASS – FINESS, Répertoire ADELI des professions médicales et paramédicales en exercice au 01/01/2008, INSEE - Recensement 2008 de la population. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

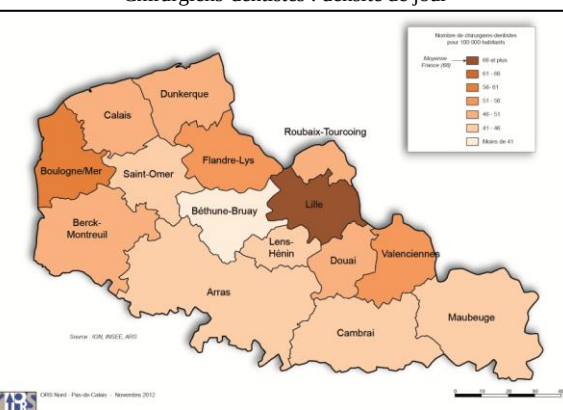
La densité des spécialistes varie moins entre la nuit et le jour.

Chirurgiens-dentistes

Chirurgiens-dentistes : densité de nuit



Chirurgiens-dentistes : densité de jour



Sources : DREES – DRASS – FINESS, Répertoire ADELI des professions médicales et paramédicales en exercice au 01/01/2008, INSEE - Recensement 2008 de la population. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

La densité de chirurgiens-dentistes est celle qui connaît le moins de variation entre la nuit et le jour.

L'étude réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais montre que la méthode actuelle de quantification de l'offre de soins basée uniquement sur les individus résidant sur un territoire constitue en fait une planification basée sur une population « dormante ». Ainsi, comme le souligne l'INSEE, les patients ne consultent pas toujours dans leur commune de domicile mais de plus en plus dans leur zone d'activité et cette situation tend à s'accroître lorsque les consultations concernent les spécialistes (ophtalmologistes, gynécologues...).

On voit ici tout l'intérêt qu'il y a à ne pas considérer la demande de soins seulement du point de vue du lieu de domicile.

Au total, 129 296 exemplaires des 50/51° Nord ont été téléchargés depuis le site de l'ORS au cours de l'année 2012.

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 propose depuis 2011 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. est diffusé via le site Internet de l'ORS et est 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'ajoutent les destinataires actuels des *petits dossiers 50/51° Nord*.

Principaux résultats

- Les coopérations entre professionnels de santé en Nord – Pas-de-Calais
- 6 047 exemplaires des NSEO téléchargés en 2012.



Territoires et Santé – Lettre à destination des élus

Contexte

En collaboration étroite 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.

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

Principaux résultats

- **Lettre n° 6** : Janvier 2012, Santé des jeunes : dispositifs et programmes
- **Lettre n° 7** : Février/Mars 2012, Aides et soins à domicile : des dispositifs peu connus
- **Lettre n° 8** : Avril/Mai 2012, La médecine de ville vue par un généraliste
- **Lettre n° 9** : Juin/Juillet 2012, Le Projet régional de santé du Nord – Pas-de-Calais
- **Lettre n° 10** : Septembre/Octobre 2012, La santé durable, l'affaire des collectivités locales ?
- **Lettre n° 11** : Novembre/Décembre 2012, Les collectivités locales font face au cancer

Études & travaux

**En annexes est reprise la liste des publications
réalisées ou finalisées en 2012.**

■ La santé en poche

Contexte

La production d'indicateurs chiffrés constitue aujourd'hui une source d'information primordiale, bien que non exclusive, dans le cadre de l'élaboration de politiques publiques de santé comme dans le cadre de leur évaluation. Les décideurs politiques et les services techniques des différentes collectivités locales de la région sont constamment à la recherche de ces indicateurs, renouvelés et mis à jour, pour faire le point sur la situation de leur territoire et les aider à fixer des priorités d'action. Ces indicateurs, ou les données permettant de les calculer, peuvent être produits, et éventuellement mis à disposition, par de multiples organismes. Ils sont donc disséminés entre différentes sources et ne font pas l'objet d'une collecte et d'un traitement en routine sur les différents niveaux de territoires. Cette publication de l'ORS Nord – Pas-de-Calais est destinée à faire le point sur les données chiffrées disponibles et utiles pour établir des diagnostics et aider à orienter les politiques régionales et locales qui intègrent des préoccupations de santé.

La santé en poche est conçue comme un recueil d'indicateurs statistiques se rapportant à l'état de santé de la population des territoires de la région et aux facteurs qui contribuent à façonner cet état de santé et de bien-être. Son propos est donc de mettre à disposition de chaque personne intéressée une lecture chiffrée et comparative des contextes territoriaux sur les préoccupations de santé et de bien-être. Cette publication s'inscrit en outre dans une exigence d'information publique, dans la volonté de partager avec le plus grand nombre les connaissances chiffrées disponibles qui se rattachent aux préoccupations de santé.

Objectifs

- Disposer d'un répertoire partagé d'indicateurs statistiques autour de la santé accessible au plus grand nombre : acteurs régionaux, décideurs locaux, acteurs du système de santé, grand public.
- Caractériser la région Nord – Pas-de-Calais et ses territoires au regard des indicateurs sanitaires.
- Compléter les indicateurs sanitaires par des indicateurs de contexte d'ordre économique, social, environnemental ou culturel.
- Rechercher une approche territoriale par territoire de santé, par zone d'emploi et par inter-communalité dès lors que les données sont accessibles à cette échelle.
- Rechercher une approche territoriale comparative, par la mise au regard de la région et de ses territoires avec d'autres espaces comparables ailleurs en France.
- Comparer les territoires du Nord – Pas-de-Calais avec d'autres territoires sur des caractéristiques proches, par le biais de critères liés au niveau territorial, au poids de population, à la structure démographique ou à la situation géographique.
- Exposer quelques indicateurs inexistants ou indisponibles mais qui pourraient être utiles pour conduire et évaluer une politique de santé.

Méthode utilisée

- Traitement statistique des sources de données habituellement utilisées par l'ORS : données de mortalité (INSERM, CépiDc), données sur les professionnels de santé (fichier ADELI), données socio-économiques provenant du recensement (INSEE).
- Recherche, collecte et traitement éventuel de données complémentaires intéressantes, disponibles et mobilisables.
- Recherche autant que faire se peut d'indicateurs disponibles aux échelons infrarégionaux : territoires de santé, zones d'emploi, Communautés Urbaines et Communautés d'Agglomération.

- Mise au regard à minima de l'indicateur régional avec la moyenne nationale et avec les moyennes d'autres régions.
- Privilégier les comparaisons dans le temps : disposer d'au moins deux périodes différentes pour lesquelles l'indicateur choisi sera disponible afin de mesurer les évolutions des phénomènes étudiés lorsque cela apparaît judicieux.
- L'ensemble des chargés d'étude a été associé à la réalisation de ce document.

D'un point de vue technique et méthodologique, ce recueil d'indicateurs relève de l'exploitation d'une grande partie des données disponibles et déclinables sur les régions et dans leurs territoires, et qui se rattachent à des préoccupations de santé. Il fait appel à plus d'une cinquantaine de producteurs et de sources de données différentes, mobilisables à différents niveaux d'échelle territoriale. Il est conçu comme un annuaire des indicateurs qui peuvent être utiles dans la prise de décision, déclinés autant que possible sur les territoires qui composent la région : territoires de santé, zones d'emploi, Communautés Urbaines ou d'Agglomération. À ce titre, il ne prétend pas analyser les préoccupations de santé auxquelles peuvent se rattacher ces indicateurs.

Territoires concernés

La région Nord – Pas-de-Calais et les territoires infrarégionaux : territoires de santé, zones d'emploi et intercommunalités (Communautés Urbaines et Communautés d'Agglomération) en comparaison avec des territoires homologues ailleurs en France.

Principaux résultats

Le document final comporte 160 pages. Après un avant propos et une présentation cartographique des territoires de la région concernés par les indicateurs exposés, le document est organisé en 9 rubriques principales : La santé humaine ; les ressources de santé ; l'utilisation des ressources ; les conduites et styles de vie ; le contexte économique et sociale ; l'environnement de vie et les pressions environnementales ; le contexte sociodémographique ; le territoire et le développement durable ; les indicateurs souhaités.

La première partie du document est consacrée aux indicateurs habituellement manipulés par l'ORS, relatifs à la santé humaine. L'état de santé des hommes et des femmes de la région et de ses territoires est abordé par le biais classique des données comparatives de mortalité, étant entendu que les données disponibles liées à la morbidité (ALD) se prêtent mal à des comparaisons entre territoires. Dans cette partie, nous avons introduit une déclinaison d'un nouvel indicateur élaboré par l'ORS permettant de comparer dans les territoires l'évolution de la progression de l'état de santé à travers le temps (depuis le début des années 80) au regard de la moyenne française. La deuxième partie est consacrée aux indicateurs de ressources de la santé, avec une large part dévolue aux emplois de la santé et aux professionnels de santé. Étant acquis que la santé peut être observée et comprise au-delà des seuls indicateurs habituels de santé (état de santé, système de soins), les parties suivantes exposent des indicateurs relevant de thématiques qui s'éloignent du champ traditionnel de la santé sans en être totalement étrangères : revenus, modes de vie et de travail, inégalités environnementales, etc. La prise en compte des déterminants de santé au sens large du terme implique de s'intéresser à d'autres politiques publiques (aménagement, transports, logement, éducation, pauvreté, mobilité, etc.) qui contribuent à améliorer ou à détériorer l'état de santé des populations en modifiant les comportements, les conditions de vie ou de travail. Certaines thématiques manquent cependant cruellement d'indicateurs. À ce fait s'ajoute un autre constat, celui que certaines préoccupations de santé ne sont pas portées par des indicateurs (inexistants et/ou indisponibles) et relevant ou non du champ de la santé. Il nous a donc semblé intéressant de terminer par une brève partie relative à ces indicateurs.

Le document n'a malheureusement pas pu bénéficier d'une édition papier, faute de budget disponible. Il a été mis en ligne sur le site Internet de l'ORS Nord – Pas-de-Calais.

L'élaboration d'une version synthétique et pédagogique destinée à être imprimée et diffusée auprès des acteurs régionaux est prévue en 2013.

Sommaire

Sommaire

Santé humaine	6
État général	6
Ensemble de la mortalité	6
État de santé lié à la prévention	9
État de santé lié au système de soins	12
Cancers	15
Cancers	15
Cancers de la gorge et de l'œsophage	18
Cancers du poumon	21
Maladies de l'appareil circulatoire	24
Appareil circulatoire	24
Infarctus du myocarde et pathologies apparentées	27
Accidents de la circulation	30
Suicides	33
Effets de l'alcool	36
Progression de l'état de santé	39
Évolution de la mortalité	39
Progression de l'état de santé lié à la prévention	43
Progression de l'état de santé lié au système de soins	47
Les ressources de la santé	52
Les emplois de la santé	52
Professionnels de santé	56
Professionnels de pôles et de proximité	56
Profession par profession	66
Établissements	162
Technologie de la santé	164
Organisation territoriale	???
Accompagnement	166
L'utilisation des ressources	170
Soins hospitaliers	170
Soins ambulatoires	176
Urgences	180
Dépistage	183
Dépenses	184
Liées aux soins	184
Dépenses des collectivités	188
Centres de santé	190

Conduites et styles de vie	194
Accidents	194
Alcool	196
Tabac	201
Drogues et médicaments	203
Travail	206
IVG, contraception	209
Alimentation	210
Activité physique	214
Comportement sexuel	216
Contexte économique et social	218
Emploi	218
Revenus	227
Allocations	234
Éducation, formation, connaissances	241
Logement, équipement	246
Potential de développement	251
Pratiques citoyennes et incivilités	254
Environnement de vie, pressions environnementales	258
Air	258
Eau	259
Bruit	260
Risques technologiques et environnementaux	261
Déchets	264
Contexte socio-démographique	268
Territoire	268
Structure et évolution de la population	272
Natalité, fécondité	279
Espérance de vie	282
Vieillesse	283
Famille	287
Culture, sports et loisirs	292
Territoire et développement durable	296
Urbanisation et transport	296
Patrimoine naturel, biodiversité	300
Énergie	302
Agriculture	304
Définitions	306

Santé humaine

État général

Ensemble de la mortalité

Mortalité dans le Nord – Pas-de-Calais
et dans d'autres régions, de 2006 à 2009

Région	Ensemble de la population	Ensemble de la population classement du - au + élevé	Avant 65 ans	Avant 65 ans classement du - au + élevé
Île-de-France	89	1	88	3
Pays de la Loire	97	6	98	8
Aquitaine	97	7	97	7
Poitou-Charentes	98	8	101	10
Languedoc-Roussillon	99	9	102	12
Alsace	102	12	89	4
Limousin	102	13	102	13
Basse-Normandie	102	14	109	17
Bourgogne	103	15	107	15
Auvergne	105	16	108	16
Bretagne	107	17	111	18
Lorraine	110	20	107	14
Picardie	117	21	119	21
Nord – Pas-de-Calais	125	22	137	22
France	100		100	

Source : Insee, INSRM-CépiDc. Traitement : ORS Nord – Pas-de-Calais.

Mortalité dans les territoires de santé
du Nord – Pas-de-Calais, de 2006 à 2009

Territoire de santé	Tous âges	Tous âges classement du - au + élevé	Avant 65 ans	Avant 65 ans classement du - au + élevé
Métropole-Flandre intérieure	115	1	121	1
Littoral	126	2	137	2
Artois-Douais	129	3	145	3
Hainaut-Cambrésis	132	4	148	4
France	100		100	

Source : Insee, INSRM-CépiDc. Traitement : ORS Nord – Pas-de-Calais.

Mortalité dans les zones d'emploi

du Nord – Pas-de-Calais et d'ailleurs, de 2006 à 2009

Zone d'emploi	Tous âges	Tous âges classement du - au + élevé	Avant 65 ans	Avant 65 ans classement du - au + élevé
Menton - Vallée de la Roya	73	1	73	2
Paris	85	3	87	30
Toulouse	90	15	81	10
Aix-en-Provence	93	26	81	12
Orléans	94	41	87	31
Nantes	96	70	95	81
Rouen	105	182	111	201
Le Havre	111	241	123	267
Lille	112	244	119	250
Longwy	112	250	111	200
Brest	113	252	121	257
Verdun	115	263	121	259
Amiens	116	272	124	275
Arras	119	282	121	260
Guingamp	120	286	137	291
Flandre - Lys	122	287	116	232
Berck - Montreuil	123	288	135	288
Saint-Omer	124	289	138	292
Calais	124	291	135	289
Dunkerque	126	293	135	290
Maubeuge	128	295	140	296
Saint-Quentin	128	296	141	297
Douai	129	298	143	298
Péronne	129	299	133	286
Béthune - Bruay	131	300	148	302
Boulogne-sur-Mer	131	301	145	301
Cambrai	133	302	144	299
Lens - Hénin	134	303	162	304
Valenciennes	134	304	155	303
France	100		100	

Source : Insee, INSRM-CépiDc. Traitement : ORS Nord – Pas-de-Calais.

L'évaluation d'impact sur la santé : analyse et perspectives de développement dans le Nord – Pas-de-Calais

Contexte

La population du Nord – Pas-de-Calais demeure depuis les années 1950 en moins bonne santé que le reste de la France. Ce retard peine à se combler tandis que, pour leur part, les inégalités sociales et territoriales de santé restent tout aussi manifestes. Cette situation qui perdure et qui affecte la totalité des territoires régionaux, au point d'en faire une anomalie majeure au sein d'un ensemble national français plutôt favorisé en Europe, doivent autoriser les acteurs de la région investis sur ces questions à investiguer des démarches et des approches qui sortent de nos usages habituels. La démarche de l'Évaluation d'Impact sur la Santé (EIS) en fait partie.

L'évaluation d'impact sur la santé est une démarche d'aide à la décision permettant de mesurer les effets sur la santé, aussi bien négatifs que positifs, de projets ou de politiques qui n'ont pas, à l'origine, de liens directs avec la santé. La démarche se base sur un principe fondamental auquel l'Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais s'est rallié depuis une décennie au moins : l'ensemble des décisions publiques est susceptible d'agir directement ou indirectement sur la santé des populations par la modification des conditions de vie et de travail. Ce qui se décide dans le domaine économique, social ou environnemental est susceptible d'impacter tout autant, si ce n'est plus, l'état de santé et de bien-être de la population que les politiques relevant du domaine de la santé. La prise en compte de la santé dans l'ensemble des politiques publiques, ou *Health in All Policies* (HiAP), est un principe fondamental soutenu et mis en avant par l'OMS et donc largement partagé sur le plan international. C'est sur ce principe que s'est développée la démarche EIS, comme un élément de réponse pour lutter contre la pauvreté, la précarité ou encore contre la progression des inégalités sociales et territoriales de santé.

L'approche EIS est axée sur la promotion de la santé et ancrée sur des valeurs d'équité, de justice sociale et de démocratie participative. Elle a connu un vif succès dans plusieurs pays étrangers depuis le début des années 1990 (Royaume-Uni, Pays scandinaves, Québec) et suscite un certain regain d'intérêt en France depuis quelques années, notamment dans le cadre de l'élaboration de politiques locales. Car malgré les préconisations d'experts¹ et un contexte international dynamique sur la question, la démarche de l'évaluation d'impact sur la santé de politiques publiques d'ordre économique, social, culturel ou environnemental est très peu développée en France, que ce soit au niveau central (politiques gouvernementales) comme au niveau local. Quelques expériences récentes relevant de cette approche ont pu être menées sur certains territoires en France, comme en Bretagne ou en Île-de-France, auxquelles ont pu être associés nos homologues des ORS. Une réflexion est par ailleurs engagée sur le développement d'une démarche EIS au sein des projets d'urbanisme et d'aménagements territoriaux². C'est ce contexte qui nous a amenés à nous intéresser explicitement à cette approche de la santé, riche de potentialités, qui, en outre, reste assez méconnue en France de la majorité des acteurs de la santé.

Objectifs

- Évaluer la pertinence et la faisabilité de la mise en place ou du développement de l'implantation de la démarche d'évaluation d'impact sur la santé (EIS) dans la région Nord – Pas-de-Calais.
- Exposer la démarche EIS, dans ses fondements, ses méthodes, pour la faire connaître aux acteurs régionaux appartenant au domaine de la santé mais aussi à d'autres domaines.
- Faire prendre conscience aux décideurs politiques de tout secteur de l'influence potentielle de l'ensemble des politiques publiques sur les grands déterminants de la santé des populations.

¹ Préconisations formulées dans le cadre de la lutte contre les inégalités sociales de santé, notamment par le Haut Conseil de la Santé Publique (*Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*, décembre 2009) et par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (*Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action*, mai 2011).

² Par la Direction Générale de la Santé et par l'École des Hautes Études en Santé Publique.

Méthode utilisée

Revue de littérature nationale et internationale (en français et en anglais) : analyser la démarche EIS au travers des sources disponibles sur la question.

Principaux résultats

Les expériences étrangères témoignent d'une grande variété de cas (thématiques, objectifs, moyens, méthodes) et de contextes dans la conduite des EIS. La démarche est en constant développement et reste soumise à de nombreux défis ; nombre de difficultés théoriques et pratiques doivent encore être surmontées avant que l'EIS, ou d'autres méthodes d'évaluation, ne puissent formellement démontrer (de manière claire et non équivoque) la portée de leur efficacité pour peser de manière durable sur la mise en place de décisions publiques saines. En outre, son implémentation au sein du processus de décision et le développement de son utilisation posent toute une série de questions clefs d'ordre politique et organisationnel. Sa mise en œuvre suppose un changement profond de paradigme et de manières de faire et n'est pas sans bouleverser notre perception classique de ce qui relève du secteur de la santé et de ce qui n'en relève pas, de ce qui peut s'inscrire dans son champ ou non. Cependant, aucune autre démarche ne semble à ce jour plus à même de mettre à jour les questions de santé qui s'expriment hors de leur champ traditionnel et d'insuffler de la santé dans l'ensemble des politiques publiques. Elle permet en partie de répondre aux enjeux actuels de santé publique qui requièrent bien souvent une approche transversale et pluridisciplinaire. En dépit des difficultés existantes, la perspective du déploiement des EIS dans les territoires de la région est donc selon nous porteuse de réelles potentialités pour une meilleure prise en compte des enjeux de santé.

Les démarches EIS émergentes en France sont le fait d'initiatives locales et ne sont mises en œuvre que grâce à un soutien politique particulier et à l'engagement de quelques acteurs clefs. Il n'existe pas de cadre national favorisant le développement de la démarche bien que des recommandations existent en ce sens. Tout reste donc à construire dans le domaine de l'EIS en France, et notamment dans le Nord – Pas-de-Calais où aucune réflexion particulière ne semble pour le moment émerger sur le sujet. Les différents rapports nationaux sur les inégalités de santé appellent d'ailleurs à la mise en œuvre systématique des procédures d'évaluation d'impact et d'analyses économiques sur les politiques publiques, ainsi qu'au développement des moyens accordés pour améliorer ces procédures d'évaluation, et notamment au niveau local. L'EIS peut à priori être mise en œuvre partout où sont affichés des objectifs liés à la santé, à la qualité de vie et au développement durable ; et tous les secteurs, toutes les collectivités locales sont susceptibles de pouvoir utiliser cette démarche dès lors que des préoccupations de santé relatives aux mesures à mettre en place ont été identifiées. Il peut donc être intéressant, pour les collectivités locales et pour les autorités politiques de différents secteurs, de pouvoir disposer d'une démarche établie et reconnue, capable de rendre compte, au regard des connaissances actuelles, des impacts attendus sur la santé et le bien-être des populations des mesures qui sont envisagées dans différents domaines. L'EIS permet de faciliter les arbitrages et d'orchestrer une prise de décision au sein d'un environnement complexe où la santé constitue un enjeu parmi d'autres. Dans une optique de développement de la santé et de développement durable dans les collectivités de la région, l'EIS permet de disposer d'une vue d'ensemble de ces enjeux et de les confronter à d'autres réalités territoriales.

Les expériences étrangères montrent également que les résultats sur la santé de la prise en compte de la démarche EIS dans les processus de décision sont difficilement quantifiables, même si l'action sur les déterminants de santé est réelle. Et la démarche possède d'autres avantages qui sont tout autant difficiles à évaluer : favoriser la collaboration, la concertation, le travail pluridisciplinaire, la participation citoyenne, etc. Elle intègre en outre dans ses principes plusieurs grands enjeux actuels de notre société : besoin d'une intégration de la santé dans toutes les politiques publiques, besoin de politiques intersectorielles en santé, besoin de coopération et de collaboration, besoin de participation citoyenne, besoin de connaissances partagées, besoin de modèles

de développement durable, besoin d'innovation pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé, etc. Ces éléments constituent le moteur du développement d'une dynamique territoriale durable dans laquelle la santé doit s'inscrire. La mise en œuvre des EIS dans la région est donc susceptible d'avoir un effet positif sur l'ensemble de ces enjeux, et plus généralement de participer à une dynamique territoriale positive autour des problématiques de santé.

O.U.E.S.

Contexte

Le Département de Recherche et d'Information (DRI) de l'ORS reçoit régulièrement (par courriel, téléphone ou via son site Internet) des demandes d'informations et/ou de données sur la santé. Les demandes proviennent de professionnels, d'élus, de journalistes ou de particuliers.

L'ORS diffuse sur son site Internet un grand nombre de données statistiques. Par ailleurs, nous sommes amenés à utiliser régulièrement d'autres bases de données qui nous sont d'une aide précieuse, autant pour répondre aux besoins des travaux de l'ORS que pour répondre aux demandes extérieures.

Objectifs

Afin de faciliter le travail des acteurs de terrain et, plus largement, de permettre au grand public d'accéder aux données auxquelles nous avons recours, nous avons réuni une sélection d'*Outils Utiles En Santé*. L'objectif est de permettre un accès plus rapide aux données, et plus particulièrement aux bases de données sanitaires et sociales. Vous y trouverez également une liste de sites utiles qui fourmillent d'informations et d'indicateurs sur la santé, ainsi que quelques sites de la région Nord – Pas-de-Calais.

La rubrique O.U.E.S. est amenée à évoluer, de nouvelles informations viendront l'enrichir régulièrement.

Les pages sur le site : www.orsnpdc.org/oues/index.html

La rubrique O.U.E.S. du site Internet de l'ORS est divisée en quatre parties :

- Bases de données statistiques ;
- Bases de données bibliographiques et répertoires ;
- Autres sources d'informations ;
- Liens régionaux.

Aperçu des pages

O.U.E.S.

L'ORS diffuse sur son site Internet un grand nombre de données statistiques. Par ailleurs, nous sommes amenés à utiliser régulièrement d'autres bases de données qui nous sont d'une aide précieuse, autant pour répondre aux besoins des travaux de l'ORS que pour répondre aux demandes extérieures.

Afin de faciliter le travail des acteurs de terrains et, plus largement, de permettre au grand public d'accéder aux données auxquelles nous avons recours, nous avons réuni une sélection d'*Outils Utiles En Santé*. L'objectif est de permettre un accès plus rapide aux données, et plus particulièrement aux bases de données sanitaires et sociales. Vous y trouverez également une liste de sites utiles qui fourmillent d'informations et d'indicateurs sur la santé, ainsi que quelques sites de la région Nord – Pas-de-Calais. La rubrique O.U.E.S. est amenée à évoluer, de nouvelles informations viendront l'enrichir régulièrement.

▪ Bases de données statistiques

Bases de données statistiques : Eco-santé, CépiDc, SCORE-Santé...

▪ Bases de données bibliographiques et répertoires

Bases de données bibliographiques, répertoires : BDSP, CISMEF, NosoB@se...

▪ Autres sources d'informations

Sites incontournables : DREES, INSEE,...

▪ Liens régionaux

Sites de la région Nord - Pas-de-Calais : Conseil Régional, ARS, INSEE, DRIRE, DREAL...

Bases de données statistiques

Bases de données statistiques

Bases de données bibliographiques

Autres sources d'informations

Liens régionaux

Bases de données statistiques

En France



La base BDSL (Base de Données Sociales Localisées) permet la consultation et l'interrogation d'indicateurs sociaux à différents niveaux géographiques.

La base BDSL

Thèmes : minima sociaux, revenus ; marché du travail ; chômage ; logement ; formation, retard scolaire ; santé, accès aux soins ; protection de l'enfance, prévention des risques.



Le CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès) est un service de l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale). Il produit des statistiques nationales sur les causes médicales de décès, les diffuse et conduit des études et des recherches sur les données de mortalité.

La base CépiDc

Thèmes : causes médicales de décès en France ; mortalité.



La DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) donne accès aux *Données disponibles sur la morbidité hospitalière*.

Les données sur la morbidité hospitalière

- **Présentation** : Présentation des concepts utilisés
- **Tableau 1** : Répartition des séjours dans les établissements de soins de courte durée MCO selon le sexe, l'âge des patients et la pathologie traitée
- **Tableau 2** : Répartition des séjours dans les établissements de soins de courte durée MCO selon la durée du séjour et la pathologie traitée et durée moyenne de séjour
- **Tableau 3** : Taux de recours aux établissements de soins de courte durée MCO selon le sexe, l'âge des patients et la pathologie traitée

Thèmes : morbidité hospitalière ; pathologies.

...

Bases de données bibliographiques

Bases de données statistiques

Bases de données bibliographiques

Autres sources d'informations

Liens régionaux

Bases de données bibliographiques, répertoires



La BDSP (Banque de Données en Santé Publique) propose différents services à destination des professionnels des secteurs sanitaire et social.

Base BDSP

Voir aussi les autres services : Annuaire critique de sites de santé publique ; Bibliographies thématiques...



Le CISMef (Catalogue et Index des Sites Médicaux Francophones) donne accès à l'information de santé pour les professionnels, les patients et le grand public. Il recense des sites et des documents médicaux pertinents présents sur le net.

CISMef

Aide à la recherche



L'espace documentaire du Portail santé Nord – Pas-de-Calais donne accès à la base de données collective en éducation, prévention et promotion de la santé du Réseau constitué :

- du CODES 62 (Comité d'éducation pour la Santé du Pas-de-Calais) à Arras,
- du GRPS (Groupement Régional de Promotion de la Santé) à Loos,
- de la MPS (Maison de Promotion de la Santé) à Dunkerque,
- du Relais Santé CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) à Boulogne-sur-Mer,
- et de la MIPPS (Maison Intercommunale de Prévention et de Promotion de la Santé) Communauté du Bruaysis.

La base du Réseau

Le Portail Santé Nord - Pas-de-calais



L'association HOSMAT diffuse des informations dans le domaine des technologies biomédicales et hospitalières, au travers de sa base de connaissances sur les dispositifs médicaux et les vigilances sanitaires.

HOSMAT

...

Autres sources d'informations

Bases de données statistiques

Bases de données bibliographiques

Autres sources d'informations

Liens régionaux

■ Autres sources de données

	L'INCa (Institut National du Cancer) propose des informations concernant les principaux indicateurs sur les cancers, ainsi que des fiches de synthèses thématiques. Les données de l'INCa Thèmes : cancers ; facteurs de risques ; prise en charge ; épidémiologie ; dépistage ; recherche.
	La DREES (Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des Statistiques) donne accès à une multitude d'informations et de données sanitaires et sociales. Site de la DREES Thèmes : aide et action sociale ; comptes et analyses économiques ; établissements de santé, sociaux et médico-sociaux ; état de santé et recours aux soins ; évaluation des politiques publiques ; famille, enfance, jeunesse ; handicap et dépendance ; pauvreté et exclusion ; personnes âgées ; professions de santé et du social ; protection sociale et redistribution ; retraites ; régions et territoires ; Europe et international...
	L'INED (Institut National d'Études Démographiques) étudie les problèmes démographiques. Il donne accès à leurs travaux de recherche, aux données sur la population... Site de l'INED Thèmes : démographie ; population ; recherche ; famille ; fécondité ; migration ; mortalité ; recensement...
	Sur <i>Les dossiers de la santé</i> du Ministère des affaires sociales et de la santé, vous trouverez toutes les informations par thème. Les dossiers de la santé Le site du Ministère

...

Liens

Bases de données statistiques

Bases de données bibliographiques

Autres sources d'informations

Liens régionaux

■ Liens régionaux

	ARS Nord - Pas-de-Calais (Agence Régionale de Santé)
	Conseil Régional Nord - Pas-de-Calais
	Conseil Général du Nord
	Conseil Général du Pas-de-Calais
	ARACT Nord - Pas-de-Calais (Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail)

...

■ 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

Les fiches-articles devront être accessibles 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.

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 525 447 en 2012. Ce succès « inattendu » a incité l'ORS à développer plus encore l'innovation et la recherche des approches présentées pour une entreprise toutefois lourde et grosse consommatrice de temps d'étude. 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 (5 523 fiches-articles téléchargées depuis 2009, 2 297 en 2012) ;
2. Intimité, sexualité (12 251 fiches-articles téléchargées depuis 2009, 8 203 en 2012) ;
3. Les âges de la vie (14 294 fiches-articles téléchargées depuis 2009, 8 992 en 2012) ;
4. L'économie et la santé (11 292 fiches-articles téléchargées depuis 2009, 7 729 en 2012) ;
5. Genre et santé (14 408 fiches-articles téléchargées depuis 2009, 9 270 en 2012) ;
6. L'école et la santé (4 726 fiches-articles téléchargées depuis 2009, 2 449 en 2012) ;
7. Santé mentale (106 653 fiches-articles téléchargées depuis 2009, 76 481 en 2012) ;
8. La santé en recherche (1 423 fiches-articles téléchargées depuis 2009, 479 en 2012) ;
9. Territoires et santé (81 402 fiches-articles téléchargées depuis 2009, 52 395 en 2012) ;
10. Les temps de la santé (39 173 fiches-articles téléchargées depuis 2009, 25 199 en 2012) ;
11. Les déchets et la santé (185 713 fiches-articles téléchargées depuis 2009, 149 436 en 2012) ;
12. Inégalités des chances et santé (18 801 fiches-articles téléchargées depuis 2009, 8 328 en 2012) ;
13. Ruralité et santé (16 346 fiches-articles téléchargées depuis 2009, 7 379 en 2012) ;

- [illegible]

Observations inattendues... et capricieuses de la santé

Clichés

« Je sais, semble décrire un état de faits. On est toujours outilleur de l'expression :
celui que je sais. »

Johann Wolfgang von Goethe

Personne nous révélerait par nous-mêmes ? Les lieux communs, les clichés, les stéréotypes, les idées reçues nous révèlent spontanément avant même que nous ne pensions la pensée de les analyser et de prendre du recul afin de mener notre propre réflexion. De nouvelles valeurs ou évaluations, nous sommes portés nous-mêmes généraliser de nos propres clichés ou nous imposer certaines idées reçues. Cependant, le cliché n'est en fonction du point de vue et notamment s'il est sorti de son contexte (histoire, époque...). Un préjugé n'a pas toujours un caractère universel. Chaque cliché constitue son système de préjugés pour appaître dans un certain contexte culturel. Trop souvent, on assimile les clichés, les stéréotypes comme des idées reçues portant à polémique. Ce n'est pas toujours le cas. Ce sont plus souvent des occasions ou des généralisations de cas particuliers.

Clichés, stéréotypes, lieux communs, idées reçues, représentations sociales, préjugés...

De quoi s'agit-il ?

Les concepts de cliché et stéréotype prennent leur origine dans les arts graphiques et plus particulièrement dans les techniques de reproduction à grande échelle : le procédé de clichage ou stéréotypage consistait à graver au moyen de planches que l'on conserve pour des nouveaux tirages. Cette définition nous montre d'ores et déjà que ces termes renvoient à des notions de répétitions et d'informations figées.

Le cliché exprime un lieu commun : le cliché étend la matérialité de l'idée et le lieu commun sa banalité. Le cliché est certes proche du lieu commun par sa banalité mais il présente plutôt des idées ou des schémas et images réduits non pas dans la conversation courante mais dans des œuvres artistiques. Ainsi, beaucoup de métaphores et de comparaisons, à force d'être utilisées, deviennent des clichés. En ce sens, ils dépendent beaucoup de l'époque.

En rhétorique, les **lieux communs** sont, fond commun d'idées à la disposition de tout et dont la valeur persuasive est traditionnellement reconnue parce qu'elles font partie des idées couramment admises par l'auditoire et peuvent ainsi renforcer son adhésion. L'autre point, et même, doit y recourir. Mais la diffusion trouve le moyen de les présenter d'une manière personnelle et appropriée à la situation en se gardant d'en faire ressortir la seule banalité. Les **lieux communs**, loin d'être des affirmations rebusées, participent de la technique du discours, aident à l'invention et permettent de désigner les différents arguments auxquels vous développez le sujet dans sa démonstration.

Augustinus, dans la *langue courante*, cette expression a pris le sens **pejoratif d'idée reçue**. On dira ainsi : « Ce discours est un tissu de lieux communs, aucune invention, rien de personnel ». Au sens **pejoratif** du terme, une assertion comme « la neige tombe d'infinite pais » est un lieu commun. Une fois sorti du domaine rhétorique, le sociologue en vient à désigner les attitudes caractéristiques des œuvres littéraires et participe même à la véhiculer dans l'histoire de la langue. Plus qu'une forme de discours, l'idée reçue est une pensée banale et redondante.

Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais 2011

Rappor

■ L'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap mental : Enquête épidémiologique descriptive

Contexte

L'accès à la santé des personnes handicapées, dont les déficients intellectuels, est une problématique majeure de santé publique, d'autant plus qu'il est avéré que cette population est plus vulnérable face à certaines pathologies que la population générale. Pour autant, plusieurs études ont montré qu'elle ne bénéficiait pas de facilités d'accès aux soins. Financée par la Haute Autorité de Santé (HAS), une audition publique réalisée en 2008 sur la problématique de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap¹ a pointé, par type de handicap, les obstacles particuliers à cet accès, et notamment pour la déficience intellectuelle :

- celle-ci peut entraîner des difficultés de communication ;
- les personnes touchées sont souvent stigmatisées ;
- elles peinent parfois à identifier elles-mêmes leurs besoins ;
- il existe enfin un manque de formation des professionnels, qui conduit à un déficit de connaissances, d'attention et de savoir-faire.

Objectifs

Même si des travaux récents s'intéressent à l'état de santé des personnes en situation de handicap, peu d'études décrivent précisément les difficultés d'accès à la santé que peuvent rencontrer les déficients intellectuels du fait de leur handicap.

C'est ce qui a incité l'Union Départementale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés (UDAPEI) du Nord à demander à l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) Nord – Pas-de-Calais de conduire une enquête pour analyser ces difficultés, qu'il s'agisse d'accès aux soins courants, aux urgences, à la prévention ou au dépistage organisé.

Cette étude s'attache donc à décrire et analyser l'accès à la santé des personnes déficientes intellectuelles accueillies ou accompagnées par les associations des Papillons Blancs du Nord, fédérées au sein de l'UDAPEI du Nord. L'accès à la santé pour cette population ne se limite pas seulement à l'accès aux soins courants, mais comprend également les recours effectifs à d'autres volets de la santé tels que la prévention (sexualité, cancer, cardiologie, alimentation, addiction, etc.). Au-delà de la question de l'accès aux soins, l'étude s'emploie aussi à :

- identifier et comprendre la nature des difficultés que peuvent rencontrer les personnes déficientes intellectuelles, une fois confrontées à des soins ou des examens médicaux ;
- répertorier les solutions alternatives trouvées en lien avec la nature des difficultés rencontrées par les déficients intellectuels ; avec le temps, ces solutions alternatives pourront être éventuellement évaluées ;
- mieux comprendre l'accès à la santé et la prise en charge des déficients intellectuels en fonction du type de prise en charge (établissements ou milieu ordinaire) et des territoires d'implantation des 9 associations des Papillons Blancs du Nord : territoires de Cambrai, Denain, Douai, Dunkerque, Hazebrouck, Lille, Maubeuge, Roubaix/Tourcoing et Valenciennes.

La finalité poursuivie était de permettre, au terme de cette enquête, de dégager les axes d'une meilleure adéquation d'accès à la santé par rapport aux comportements et attitudes de cette population en fonction, d'une part, de sa localisation géographique, et d'autre part, d'une juste compréhension des déficients intellectuels par les professionnels de santé du département du Nord.

¹ HAS. Audition publique. *Accès aux soins des personnes en situation de handicap*. Rapport de la commission d'audition, 23 janvier 2009. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_736311/acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-handicap-rapport-de-la-commission-d-audition-publique

Méthode utilisée

L'étude repose sur une enquête réalisée entre le 26 septembre et le 12 décembre 2011 au moyen d'un auto-questionnaire assisté, destiné aux personnes en situation de handicap mental âgées de 20 ans et plus, accompagnées par l'une des 9 structures APEI du département du Nord.

L'enquête visait au départ un échantillon total de 2 055 personnes, soit près d'un quart de la population cible répondant aux critères d'inclusion de l'enquête (8 135 personnes) (Voir encadré méthodologique). Finalement, une fois écartés ceux qui étaient inexploitable, 1 984 questionnaires ont été retenus dans l'analyse, ce qui représente un taux de réponse de 96,5 % que l'on peut considérer comme très satisfaisant compte tenu des difficultés liées à la déficience intellectuelle de la population enquêtée.

Afin de faciliter l'analyse des questions, la modalité « *Nsp/refus* » n'a pas été prise en compte au cours des traitements statistiques lorsque la part des personnes y ayant répondu ne dépassait pas 5 % de l'échantillon. Au-delà de 5 %, sauf dans des cas très particuliers dus au mode d'analyse statistique, nous avons conservé cette modalité dans les tableaux statistiques et les graphiques.

Pour analyser les données, nous avons procédé à des traitements univariés et multivariés (régression logistique) des variables avec le logiciel statistique SAS (version 9.2).

Matériel et Méthodes

Populations cibles de l'étude

La population concernée par l'étude est celle des personnes handicapées accueillies ou accompagnées par l'une des 9 structures APEI du Nord implantées sur les territoires de Cambrai, Denain, Douai, Dunkerque, Hazebrouck, Lille, Maubeuge, Roubaix/Tourcoing, Valenciennes. L'ensemble de ces APEI sont fédérées au sein de l'Union Départementale du Nord. Les différentes structures APEI accompagnent au total près de 12 000 personnes en situation de handicap intellectuel au sein d'environ 220 établissements.

La couverture de cet échantillon porte sur l'ensemble des établissements des 9 APEI du département du Nord qu'il s'agisse de :

- *personnes sans activité professionnelle* qui se trouvent dans des structures telles que les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS), les Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM), les Foyers de Vie ;
- *personnes vivant au domicile* bénéficiant, ou d'un accueil de jour, ou d'un service d'accompagnement à la vie sociale, ou d'un accueil familial ;
- *personnes ayant une activité professionnelle* qui se trouvent dans les établissements et services d'aide par le travail et dans les établissements adaptés ou en milieu ordinaire de travail.

Au sein de cette population ont été incluses des personnes handicapées adhérant à l'UDAPEI, âgées de 20 ans et plus, ayant donné leur consentement éclairé et acceptant de participer à l'étude. En cas de difficultés pour l'interrogatoire de la personne handicapée, des tiers ont été directement questionnés ; en fonction des circonstances il s'est agi :

- des familles dont les enfants, déficients intellectuels, ne sont pas en institution mais en milieu ordinaire ;
- des aidants ou amis, autres que les familles de personnes déficientes intellectuelles, qui ont contribué à la compréhension ou à la traduction par les mots de l'expression de la personne déficiente intellectuelle ;
- des professionnels de santé travaillant avec les personnes retenues pour l'étude.

N'ont pas été inclus dans l'étude :

- les sujets présentant des difficultés de suivi (départ en vacances, mutation imminente, motivation insuffisante) ;
- les sujets posant des problèmes éthiques et juridiques (impossibilité de donner aux intéressés des informations éclairées, refus de signer le consentement) ;
- toutes les personnes se trouvant dans les structures de type « habitat » (Foyer d'Hébergement, Foyer Logement et Résidence Service) à l'exclusion de celles relevant des types d'établissements précédemment sélectionnés (MAS, FAM, Accueil de jour, ESAT, etc.).

Territoires concernés

Les résultats ont porté sur l'ensemble des 1 984 déficients intellectuels enquêtés et ont été également déclinés pour chaque APEI de référence.

	Ensemble		Sexe			Groupe d'âge				
			Femme	Homme	Ensemble	20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50 ans et plus	Ensemble
	Effectif	% en colonne	% en ligne	% en ligne	Effectif	% en ligne	% en ligne	% en ligne	% en ligne	Effectif
APEI de référence										
Cambrai	183	9,2	46,4	53,6	183	12,6	26,8	27,3	33,3	183
Denain	182	9,2	40,1	59,9	182	19,2	35,7	25,8	19,2	182
Douai	98	4,9	41,8	58,2	98	21,4	23,5	25,5	29,6	98
Dunkerque	241	12,1	39,4	60,6	241	12,9	25,3	37,8	24,1	241
Hazebrouck	110	5,5	46,4	53,6	110	16,4	33,6	24,5	25,5	110
Lille	347	17,5	46,4	53,6	347	25,6	30,8	22,5	21,0	347
Maubeuge	171	8,6	43,9	56,1	171	23,4	26,3	25,7	24,6	171
Roubaix/Tourcoing	404	20,4	44,3	55,7	404	19,8	26,0	29,0	25,2	404
Valenciennes	248	12,5	39,1	60,9	248	17,3	29,0	29,4	24,2	248
Ensemble	1 984	100,0	43,2	56,8	1 984	19,2	28,4	27,8	24,6	1 984

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais – Enquête UDAPEI 2011.

Principaux résultats

Au regard de la population générale, les personnes déficientes intellectuelles déclarent globalement être en moins bonne santé. Cela s'observe particulièrement dans le domaine de la santé bucco-dentaire, où l'on peut constater que les écarts, par rapport au niveau national, sont importants.

Les maladies ou les problèmes de santé chroniques touchent près de la moitié des enquêtés, et plus de la moitié d'entre eux a besoin d'un suivi médical, ou du moins d'une surveillance régulière, particulièrement dans le domaine ophtalmologique.

Par ailleurs, l'environnement de travail (conditionnement, blanchisserie) des personnes déficientes intellectuelles est susceptible d'affecter plus fréquemment leur santé (gestes répétitifs, exposition à des solvants, etc.). Ainsi, les problèmes de santé touchant les os et les articulations, qui représentent, après les maladies oculaires, la seconde catégorie de maladies auxquelles ont déjà été confrontés les enquêtés au cours de leur vie, impliquent une attention toute particulière sur leur milieu de travail.

Au cours de l'année, 11 % des personnes déficientes intellectuelles ont dû renoncer à des soins médicaux, chirurgicaux, ou dentaires, dont elles avaient besoin, et ce notamment pour des raisons financières. Le fait de relever d'un établissement diminue considérablement le risque de renoncement aux soins. Au contraire, les personnes vivant en couple, et sans doute de façon plus autonome, rencontrent un risque accru de renoncement aux soins.

Enfin, l'enquête fait ressortir qu'une part importante des personnes n'ayant pas participé à des actions de prévention ou au dépistage (vision, audition, cancers féminins, etc.) évoque très souvent comme raison principale le fait que le médecin traitant ne leur a pas proposé l'examen. Cela pourrait justifier de sensibiliser les professionnels de santé autour de ces questions.

D'importants prolongements ont été donnés par la suite par l'UDAPEI du Nord et l'association I=MC2 par la remise d'un rapport, au cours de l'année 2013, à Mme Carlotti, Ministre déléguée auprès de la ministre des Affaires sociales et de la Santé, chargée des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion, sur l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées.

Points essentiels de l'étude

- Moins de 5 % des questionnaires réalisés auprès des personnes prises en charge ou accompagnées par les APEI du Nord ont dû être écartés de l'échantillon parce qu'ils étaient inexploitable, ce qui apparaît globalement comme un très bon résultat compte tenu des difficultés de communication auxquelles sont confrontées les personnes interrogées.
- Bien que cette enquête porte sur les personnes uniquement prises en charge ou accompagnées par les APEI du Nord, il a été néanmoins possible de confronter certains résultats à ceux de l'enquête de 2008 sur la santé et la protection sociale (ESPS 2008) réalisée en population générale. Nous avons ainsi pu comparer nos résultats à la moyenne nationale en ce qui concerne l'état de santé déclaré et l'état de santé bucco-dentaire.
- La majorité des enquêtés sont des hommes (57 %) ; ont 40,7 ans en moyenne ; vivent en couple dans un peu moins d'un quart des cas ; à leur domicile personnel pour un tiers d'entre eux, en famille pour également un tiers d'entre eux, le dernier tiers vivant en établissement ; la plupart ont suivi une scolarité effectuée en établissement d'éducation spécialisée et exercent une activité professionnelle.
- Au regard de la population générale, les déficients intellectuels déclarent moins fréquemment être en bon ou très bon état de santé. Parmi eux 45 % ont développé une maladie chronique. Les maladies ou problèmes oculaires, suivis des maladies ou problèmes concernant les os et les articulations, sont les antécédents de santé les plus fréquemment cités. Si plus de la majorité (60 %) déclare ne pas être limitée dans son activité en raison de sa santé, un peu plus de la moitié nécessite, par rapport à son état de santé, des aides techniques, et un peu plus d'un tiers, des aides humaines.
- Presque la totalité des déficients intellectuels a eu recours à un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois, et 62 % à un médecin spécialiste. Un peu plus de 10 % d'entre eux ont eu recours au moins une fois à des soins d'urgence (appel du 15...) et 9 % ont été hospitalisés pour au moins une nuit ou pour une courte durée.
- Le renoncement aux soins au cours de l'année touche 11 % des déficients intellectuels. Par rapport à une personne vivant seule, vivre en couple multiplie par deux le risque de renoncement aux soins. En revanche, le fait de vivre dans une structure est un facteur qui réduit ce risque.
- Les déficients intellectuels jugent leur état de santé bucco-dentaire moins bon qu'en population générale, ce qui est à mettre en parallèle avec le fait que l'orthodontie ou les soins dentaires apparaissent comme le premier domaine de renoncement aux soins, principalement par peur et pour raisons financières.
- Les enquêtés ont éprouvé une plus grande difficulté à répondre aux questions portant sur la prévention (vaccination, examens, mammographie...). Il ressort toutefois que les personnes en situation de handicap mental répondent fréquemment ne pas avoir réalisé ces actions de prévention parce que leur médecin traitant ne les leur a jamais proposées. Ainsi, 76 % des femmes de plus de 49 ans qui n'ont pas réalisé de mammographie évoquent cette raison.

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

Contexte

Ce projet, commun à la Faculté de Médecine de l'Université de Lille 2, au Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais et à la Communauté d'Agglomération de Boulogne-sur-Mer, a commencé d'être conçu dès les années 2005-2006. Il s'est avéré à l'époque :

1. que le secteur littoral du Nord – Pas-de-Calais semblait adresser notablement moins d'étudiants que d'autres territoires pour les inscriptions en PCEM 1 ;
2. que les capacités d'accueil de la Faculté de Médecine étaient trop limitées compte tenu de l'accroissement du nombre global d'inscrits ;
3. que la Communauté d'Agglomération avait le projet de développer un Pôle d'excellence-Santé ;
4. et que le développement conjoint de la politique santé du Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais entraînait en synergie avec ses compétences en matière d'aménagement du territoire et d'enseignement supérieur.

La première année commune d'études de santé, telle qu'elle fonctionne aujourd'hui, a été mise en place au début de l'année universitaire 2009-2010.

Il s'agissait à l'époque du téléenseignement des cours de première année de médecine à Boulogne-sur-Mer, inauguré le lundi 7 septembre 2009. L'Université du Littoral, initialement approchée pour s'associer à cette expérimentation, n'a en fin de compte pas fait partie des partenaires.

Objectifs

L'évaluation rendue est le fruit d'un accord conclu en avril 2011 entre les services du Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais et l'Observatoire Régional de la Santé.

Les autres partenaires du projet (Faculté de Médecine, Université de Lille 2, Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer, Communauté d'Agglomération de Boulogne-sur-Mer) ont été informés en septembre 2011 et ont donné leur aval.

L'évaluation menée ici a pour objet, d'une part :

- A. d'examiner les résultats comparatifs au(x) concours (médecine, dentaire, maïeutique, pharmacie) ;
- B. de s'enquérir de l'origine et du devenir des étudiants ainsi que des processus de mise en œuvre du projet, et de son fonctionnement.

D'autre part elle doit, dans la mesure du possible, s'assurer que le projet de PACES déconcentrée :

1. apporte des solutions adaptées et innovantes en matière d'enseignement supérieur et contribue à installer une dynamique de formation auprès des centres hospitaliers généraux, mobilisation des différents partenaires (Faculté de Médecine, Université de Lille 2, Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer, Communauté d'Agglomération de Boulogne-sur-Mer, Conseil Général du Pas-de-Calais et Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais) ;
2. apporte une possibilité institutionnelle de mettre en place une expérimentation exemplaire tant en termes d'innovations que d'aménagement du territoire.

Méthode utilisée

Les aspects traités par l'évaluation sont les suivants :

- Motivation, ambiance, conditions pédagogiques ;
- Résultats aux concours ;
- Provenance et avenir des étudiants ;
- Mise en place et conduite du projet.

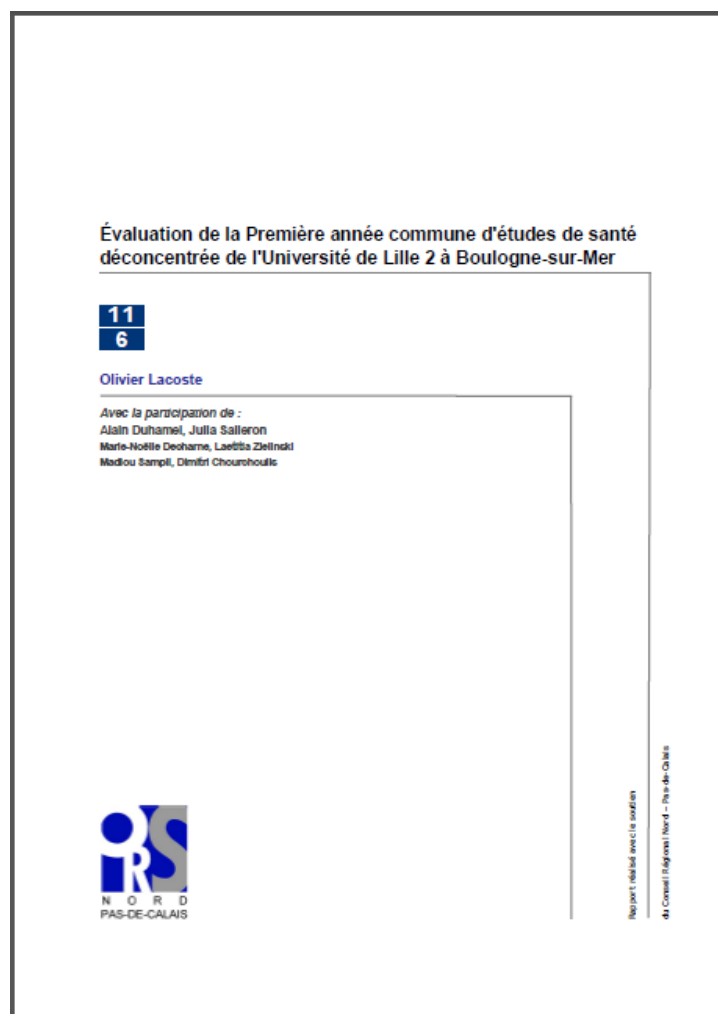
La démarche qui a été retenue s'appuie sur les règles classiques évoquées dans la littérature et fait entre autres référence aux publications du CDC d'Atlanta.

Territoires concernés

Boulonnais et région Nord – Pas-de-Calais.

Principaux résultats

Les résultats de l'évaluation ont été présentés et communiqués à l'ensemble des partenaires impliqués.



■ Prospective de l'impact régional des dynamiques des professionnels de santé. Étape préparatoire

Contexte

Si la France compte globalement un nombre suffisant de professionnels de santé sur son territoire, leur répartition reste insatisfaisante. En effet, l'offre en professionnels de santé affiche des disparités importantes entre régions, départements et autres territoires d'échelle locale. De surcroît, les perspectives d'évolution de cette offre laissent présager un creusement des disparités régionales, départementales et locales, pour cause essentiellement de départ à la retraite d'un nombre important de professionnels de santé d'ici quelques années, de la hausse sensible de la demande de soins et des effets de crunch, concentration de l'offre de soins.

C'est pourquoi, depuis quelques années, les mesures se multiplient aux niveaux national et local pour favoriser une répartition plus équitable des professionnels de santé. Qu'elles s'appliquent aux professions médicales ou paramédicales, ces dispositions sont dans une large mesure de nature incitative et financière. Elles ont pour but de modifier le comportement des futurs professionnels de santé (les étudiants des filières médicales et paramédicales) et des professionnels en activité pour les encourager à exercer dans les zones sous-dotées.

Initiées à la fin des années 90, ces mesures ont connu une accélération notable à partir des années 2000. Pour la plupart récentes, elles n'ont fait l'objet d'une évaluation approfondie ni au niveau national, ni au niveau local. Aussi, tant le coût que les effets de ces mesures sur la répartition des professionnels de santé sont peu connus à ce jour tandis que l'on déplore une apparition non négligeable de ce que certains qualifient déjà de « déserts médicaux ».

Objectifs

La problématique de cette étude est de questionner l'efficacité des mesures mises en place dans le Nord – Pas-de-Calais pour aider à une meilleure répartition des professionnels de santé dans le but ultime de répondre au mieux aux besoins en santé des populations.

Pour ce faire, dans le cadre de l'étape préparatoire menée en 2012, il a été procédé à l'identification des zones de proximité les plus touchées par une sous-dotation en professionnels de santé.

Méthode utilisée

Revue de la littérature internationale. Analyse des plans nationaux et des mesures régionales conçues et mises en place depuis le SROS III (2006-2011).

Territoires concernés

Nord – Pas-de-Calais.

Principaux résultats

Lors de cette étape, il a été réalisé un recensement des mesures principalement incitatives et minoritairement coercitives mises en place au niveau local pour attirer et retenir les professionnels de santé dans la région et soutenir une meilleure répartition de ces professionnels sur le territoire : bourses et aides financières destinées aux étudiants, aides financières et non financières dédiées aux professionnels de santé.

**Récapitulatif des propositions pour une évaluation des mesures prises en région
pour attirer et retenir les professionnels de santé dans les zones sous-dotées**

1. Évaluer le coût/bénéfice des aides versées en région.

Proposition 1 : Globalement, évaluer le montant des aides versées dans la région ...

Proposition 2 : ... pour en évaluer le bénéfice net pour la région.

**2. Évaluer le niveau de connaissance et d'adhésion des étudiants de deuxième année de médecine
au dispositif CESP dans la région.**

Proposition 3 : Évaluation du niveau de connaissance du dispositif CESP.

Proposition 4 : Évaluation du niveau d'adhésion des étudiants au dispositif CESP.

**3. Évaluer le niveau de connaissance et d'adhésion des étudiants de troisième cycle de médecine
au dispositif d'indemnité d'étude et de projet professionnel.**

Proposition 5 : Évaluation du niveau de connaissance du dispositif d'indemnité d'étude et de projet professionnel.

Proposition 6 : Évaluation du niveau d'adhésion au dispositif d'indemnité d'étude et de projet professionnel.

**4. Évaluer le niveau de connaissance et d'adhésion des professionnels de santé aux dispositifs prévus
pour les attirer et les retenir dans les zones sous-dotées.**

Proposition 7 : Évaluer le niveau de connaissance parmi les professionnels de santé de la région.

Proposition 8 : Évaluer le niveau d'adhésion parmi les professionnels de santé installés en zones sous-dotées, voire installés à proximité d'une zone sous-dotée.

**5. Évaluer le niveau de connaissance et d'adhésion des élus locaux des zones sous-dotées aux dispositifs
prévus pour attirer et retenir les professionnels de santé dans ces zones.**

Proposition 9 : Évaluer le niveau de connaissance parmi les élus locaux des zones sous-dotées.

Proposition 10 : Évaluer le niveau d'adhésion des élus locaux des zones sous-dotées aux dispositifs prévus pour attirer et retenir les professionnels de santé dans ces zones.

**6. Évaluation des mesures en faveur du développement des maisons de santé dans les zones sous-
dotées.**

Proposition 11 : Évaluation des ressources mobilisées pour mettre sur pied une MSP dans une zone sous-dotée.

Proposition 12 : Évaluation du bénéfice net de l'instauration d'une MSP dans une zone sous-dotée.

■ Maillage des pôles d'offre

Contexte

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a offert de nombreux outils pour redessiner l'offre de soins sur l'ensemble du territoire. Elle met l'accent sur les coopérations entre professionnels de santé, l'élargissement des champs de compétence des différentes professions afin d'aider à une meilleure répartition des tâches, et définit des statuts juridiques permettant aux acteurs du système de santé de créer des entités de regroupement adaptées à leurs besoins. Le progrès technologique de ces dernières années a considérablement augmenté les possibilités de coopération et aplani les contraintes géographiques et temporelles. Ces outils ont depuis permis l'émergence de nombreux projets locaux dans le Nord – Pas-de-Calais (NPDC), que nous détaillerons ci-après à titre d'exemples. Pour autant, l'offre de soins est définie à l'heure actuelle à partir d'indicateurs statiques : l'hôpital public joue un rôle central dans les régions en tant que pourvoyeur principal d'actes médicaux et de maintien de la permanence des soins. Son activité est mesurée classiquement en nombre de lits, un reflet de la taille qui ne prend pas en compte la diversité de son activité. La médecine de ville apparaît, quant à elle, comme garante de l'offre de proximité et crée un relais entre les patients et l'hôpital. Si cette vision dichotomique reste très simpliste et semble avoir été dépassée depuis longtemps par les acteurs du système de santé, les initiatives pour articuler ce dernier semblent encore souvent basées sur la connexion arbitraire d'entités indépendantes. Il est nécessaire de redéfinir les pôles d'offre et de penser à l'importance du maillage qui se tisse entre eux, souvent à l'initiative même des acteurs locaux.

La volonté de relier les pôles d'offre répond à un besoin essentiel : l'égalité d'accès aux soins. De multiples facteurs sont à l'origine des inégalités d'accès aux soins. Le déséquilibre de la démographie médicale a été souligné depuis 2003 après les rapports du professeur Berland, avec la naissance des déserts médicaux auxquels n'ont pu remédier depuis les mesures incitatives et qui ont conduit les gouvernements successifs à engager ou envisager des mesures coercitives, dont la mise en place n'est pas exempte de heurts ou de frustrations chez les professionnels de santé. Cette tendance est à mettre en parallèle avec les évolutions de la médecine moderne. Le vieillissement de la population et la prééminence des maladies chroniques ont considérablement accru les besoins des patients, ainsi que les contraintes de leur prise en charge (délais, développement de l'hospitalisation à domicile...). Les associations de patients gagnent en visibilité et sont des acteurs à part entière dans les réflexions attenantes à l'offre de soins.

L'offre de santé, soins et prévention, connaît ces dernières années une profonde recomposition sous les effets conjugués de la recherche indispensable d'une plus grande efficacité et du fait d'évolutions sociétales et démographiques. Ces processus sont comme ailleurs en cours dans le Nord – Pas-de-Calais et ont largement prévalu aux objectifs finaux de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires, de 2010. Si les cadres juridiques ouverts par HPST ont a priori ouvert le champ des possibles, ici comme ailleurs, il reste que les approches et les modes de faire et de penser restent manifestement très en retrait des possibilités légales et des besoins de l'offre qui, dans le Nord – Pas-de-Calais, doit être confortée dans les meilleurs délais possibles en exploitant les avantages concurrentiels spécifiques dont elle dispose.

Objectifs

L'objectif majeur de l'étude est de promouvoir une prospective volontariste à court terme susceptible de sensibiliser et de promouvoir un plan de maillage régional et local.

Méthode utilisée

Le travail s'est fondé sur une solide revue de littérature, issue tant des travaux les plus récents en aménagement du territoire que des dernières publications se rapportant aux innovations techniques et organisationnelles de l'offre de soins et de santé.

Les textes contenus dans la loi HPST ont été examinés sous l’angle de leurs potentiels territoriaux structurants.

Parallèlement il a été nécessaire de procéder à une analyse en profondeur des SIH (Systèmes d’Information Hospitaliers) et de leurs potentiels contemporains.

Onze structures régionales ou locales censées être *ex ante* directement impliquées et concernées ont été rencontrées afin de leur soumettre la problématique, recueillir leurs réactions, leurs attentes, leurs doutes.

Enfin, une première illustration de la structuration territoriale induite par ces pôles a pu être conçue lors d’un long travail d’analyse fondé sur l’exploitation des fichiers RPPS des professionnels de santé obtenus via la FNORS.

Territoires concernés

Région Nord – Pas-de-Calais.

Principaux résultats

Bilan des attentes et de la perception de la thématique et de son potentiel auprès des structures et acteurs régionaux ;

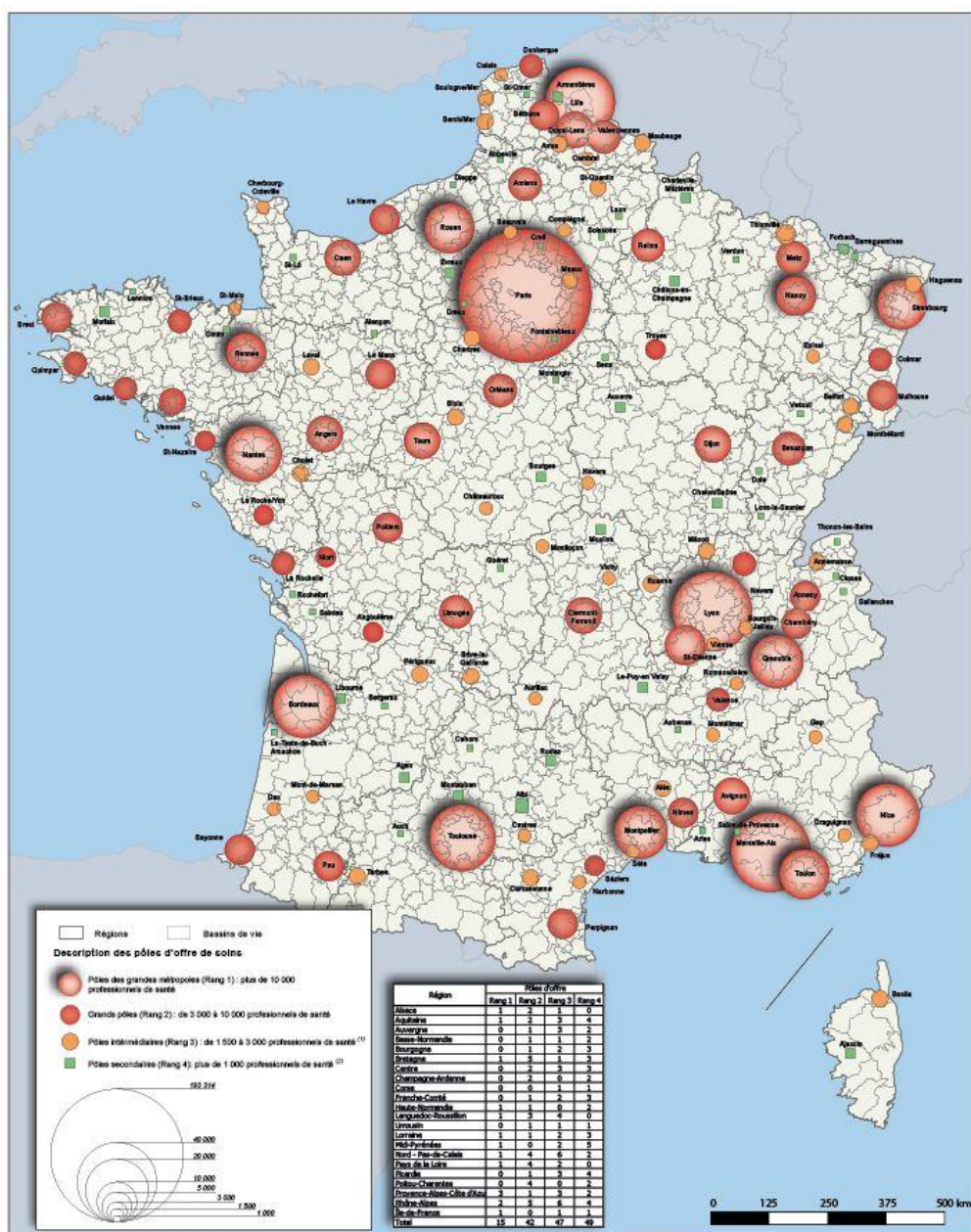
Inventaire (non exhaustif) des innovations techniques et organisationnelles potentiellement vectrices du ou des maillages :

1. Revue des potentialités juridiques (CHT, GCS, formes d’exercices coordonnés, MSP, etc.) ;
2. Inventaire des innovations techniques et organisationnelles susceptibles de venir remodeler l’organisation de l’offre (télémédecine, SIH, HAD et hospitalisation de jour) ;
3. Production d’une analyse statistique descriptive des Pôles se fondant sur des critères quantitatifs appliqués aux données descriptives de la démographie des professionnels de santé obtenues par l’exploitation du fichier RPPS de 2012.

Il en résulte que le bilan du Nord – Pas-de-Calais est loin d’être négatif puisque l’on a pu y dénominer onze Pôles principaux, dont le Pôle métropolitain de Lille, et deux Pôles secondaires. Les possibilités de maillages sont donc favorables en comparaison d’autres situations régionales confrontées à des macrocéphalies établies de l’offre.

À l’inverse, les acteurs régionaux demeurent très loin d’une sensibilité particulière. L’innovation de la démarche doit donc être encouragée et accompagnée.

Région	Pôles d'offre			
	Rang 1	Rang 2	Rang 3	Rang 4
Alsace	1	2	1	0
Aquitaine	1	2	3	4
Auvergne	0	1	3	2
Basse-Normandie	0	1	1	2
Bourgogne	0	1	2	3
Bretagne	1	5	1	3
Centre	0	2	3	3
Champagne-Ardenne	0	2	0	2
Corse	0	0	1	1
Franche-Comté	0	1	2	3
Haute-Normandie	1	1	0	2
Languedoc-Roussillon	1	3	4	0
Limousin	0	1	1	1
Lorraine	1	1	2	3
Midi-Pyrénées	1	0	2	5
Nord - Pas-de-Calais	1	4	6	2
Pays de la Loire	1	4	2	0
Picardie	0	1	3	4
Poitou-Charentes	0	4	0	2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3	1	3	2
Rhône-Alpes	2	5	6	4
Île-de-France	1	0	1	1
Total	15	42	47	49



■ **Diagnostics statistiques des Contrats Locaux de Santé (CLS) et des Projets Locaux de Prévention (PLP) par zone de proximité**

Contexte

Dans le cadre de la mise en place des Contrats Locaux de Santé (CLS) et des Projets Locaux de Prévention (PLP) 2012, l'ARS Nord – Pas-de-Calais a demandé à l'ORS Nord – Pas-de-Calais qu'il réalise le diagnostic statistique de onze CLS et quinze PLP.

Objectifs

La finalité était d'apporter aux coordonnateurs un outil d'aide à la décision synthétisant la situation démographique, socio-économique et l'état de santé de chaque territoire.

Les thématiques des diagnostics s'appuient sur des tableaux et graphiques présentant les indicateurs statistiques conjointement choisis par l'ARS et l'ORS. Dans le but de faciliter la lecture du diagnostic, un résumé mettant en avant les points essentiels du territoire se trouve au début de chaque fiche synthétique.

Pour la thématique « démographie », près d'une vingtaine d'indicateurs clés ont été constitués à partir du recensement 2008 et répartis en six axes majeurs :

1. **La densité** (effectif et densité de la population, poids démographique infrarégional, régional, départemental et national) ;
2. **La répartition par âge et sexe** (effectif et proportion) ;
3. **L'évolution de la population depuis 1999** (variation due au mouvement naturel et/ou migratoire) ;
4. **La natalité et la fécondité** (nombre de naissances, taux de fécondité 1999-2008, part des naissances de mères mineures) ;
5. **Le vieillissement des personnes âgées** (indices de vieillissement et de grand vieillissement, répartition par âge et sexe des plus de 65 ans) ;
6. **La structure familiale** (effectifs et proportion de ménages d'une seule personne –hommes / femmes–, effectifs et proportion de familles monoparentales).

Concernant les caractéristiques socio-économiques, environ une quinzaine d'indicateurs établis à partir du recensement 2008 ont été ventilés en cinq axes majeurs :

1. **Le niveau d'étude** (répartition de la population non scolarisée selon le niveau d'étude primaire, secondaire et supérieur) ;
2. **Les Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS)** (effectifs et répartition des ménages de PCS défavorisées, moyennes ou favorisées) ;
3. **La situation vis-à-vis de l'emploi** (taux d'activité et de chômage masculin et féminin) ;
4. **Les revenus fiscaux et les minima sociaux** (nombre de foyers fiscaux, part des foyers fiscaux non imposables, taux de couverture du RSA, répartition des allocataires selon le poids des prestations sociales dans leur revenu disponible) ;
5. **La situation vis-à-vis du logement** (répartition de la population selon que la personne de référence du ménage est propriétaire, locataire ou logée gratuitement, effectifs et pourcentage d'allocataires percevant l'APL, l'ALS, l'ALF, nombre de personnes par pièce, part des enfants de moins de sept ans susceptibles d'être exposés au plomb).

L'état de santé de la population a été estimé à partir de l'indice comparatif de mortalité 2005-2008 tous âges et prématurée. Nous avons réparti les causes de mortalité en cinq grands groupes de mortalité. Les effectifs cumulés ont été également présentés en annexe.

- 1. Mortalité générale, prématurée et évitable** (toutes causes, mortalité liée aux comportements à risque ou relevant du système de soins, mortalité liée au tabagisme et à l'alcoolisme) ;
- 2. Mortalité par tumeurs** (ensemble des tumeurs malignes, tumeurs malignes des VADS, du sein et colorectales) ;
- 3. Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire** (ensemble des maladies de l'appareil circulatoire, maladies cérébrovasculaires, cardiopathies ischémiques) ;
- 4. Mortalité par maladies de l'appareil respiratoire** (ensemble des maladies respiratoires, BPCO) ;
- 5. Autres causes de mortalité** (mortalité par chutes accidentelles, suicide, accidents de la circulation, VIH, diabète sucré).

Méthode utilisée

L'ORS Nord – Pas-de-Calais a développé sous SAS et Excel des programmes permettant d'automatiser la production des tableaux statistiques au niveau territorial souhaité. Ce travail repose entre autres sur la mise en commun de statistiques provenant de sources multiples :

- 1.** Recensement de la population 2008 ;
- 2.** Décès annuels domiciliés 2005-2008 de l'INSERM (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès-CépiDc) ;
- 3.** IRCOM 2010 ;
- 4.** Données nationales de la CAF.

L'estimation de l'offre de soins par le biais du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) est la grande absente de ces fiches. En effet, faute de pouvoir disposer de cette source de données, l'ORS n'a pas été en mesure d'élaborer des indicateurs sur les professionnels de santé de premier recours (médecins généralistes, pédiatres, gynécologues, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, etc.).

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, nous nous efforçons d'acquérir les éléments statistiques à l'échelle communale afin de les agréger au niveau territorial souhaité. Ainsi les tableaux statistiques permettent-ils de comparer les territoires des CLS et des PLP au territoire de santé et à la zone de proximité auxquels ils appartiennent, ainsi qu'à la moyenne régionale, départementale et nationale.

Les territoires des CLS et des PLP par zone de proximité retenue

- 1.** CLS d'Arras
- 2.** CLS de Béthune
- 3.** CLS de Calais
- 4.** CLS du Canton d'Armentières
- 5.** CLS des Cantons de Cassel-Steenvoorde
- 6.** CLS du Canton de Merville

7. CLS de la CU de Dunkerque
 8. CLS de Hem
 9. CLS de Lille-Lomme-Hellemmes
 10. CLS de Roubaix
 11. CLS de Tourcoing
-
1. PLP zone de proximité de l'Arrageois
 2. PLP zone de proximité de l'Audomarois
 3. PLP zone de proximité de Béthune-Bruay
 4. PLP zone de proximité du Boulonnais
 5. PLP zone de proximité du Calaisis
 6. PLP zone de proximité du Cambrésis
 7. PLP zone de proximité du Douaisis
 8. PLP zone de proximité du Dunkerquois
 9. PLP zone de proximité de Flandre intérieure
 10. PLP zone de proximité de Lens-Hénin
 11. PLP zone de proximité de Lille
 12. PLP zone de proximité du Montreuillois
 13. PLP zone de proximité de Roubaix-Tourcoing
 14. PLP zone de proximité de Sambre-Avesnois
 15. PLP zone de proximité du Valenciennois

Principaux résultats

Les diagnostics statistiques des CLS et des PLP ont été mis en ligne sur les sites respectifs de l'ORS et de l'ARS.

PREMIÈRE PAGE EXTRAITE DES DIAGNOSTICS STATISTIQUES DES PROJETS LOCAUX DE PRÉVENTION
(PLP ZONE DE PROXIMITÉ DE L'AUDOMAROIS)



ZP de l'Audomarois

Les points essentiels

- Un territoire de densité rurale dont la structure par âge reste très proche de celle de la région
- Une fécondité un peu moins élevée qu'en région mais une population en accroissement en raison d'un solde migratoire moins déficitaire
- Une part plus importante de PCS défavorisées
- Une situation plus défavorable des femmes vis-à-vis de l'emploi
- Une surmortalité proche de celle observée dans le territoire de santé et dans la région. Des surmortalités marquées pour ce qui relève de l'alcoolisme, ce qui semble aller de conserve avec la surmortalité prématurée des cancers des VADS, elle aussi relativement élevée

Caractéristiques démographiques

Population et densité du territoire

Les 118 253 habitants de la zone de proximité de l'Audomarois représentent 14,6% du territoire de santé. La densité est rurale (162 hab/km²) et est plus basse que la moyenne du territoire de santé et de la région.

POPULATION, DENSITÉ	ZP de l'Audomarois	TS du Littoral	Nord	Pas-de-Calais	Nord - Pas-de-Calais	France métropolitaine
Population au RP 2008	118 253	808 490	2 564 959	1 459 531	4 024 490	62 134 866
Pourcentage de la population	-	14,6	4,6	8,1	2,9	0,2
Densité de population (hab/km ²) en 2008	162	196	447	219	324	114

Source : INSEE Recensement de la population 2008. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Mise à jour : juin 2012

1

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

Mise en place d'indicateurs d'évolution préparatoire à l'évaluation du PRS

Contexte

Afin d'enrichir et de stabiliser l'évaluation de son Projet Régional de Santé, l'ARS Nord – Pas-de-Calais a convenu avec l'ORS Nord – Pas-de-Calais de définir des indicateurs de suivi dynamique fondé sur la notion d'évolution.

Objectifs

Proposer la mise en place d'indicateurs de suivi permettant à terme l'évaluation du PRS.

Méthode utilisée

Lecture et analyse des différents documents descriptifs des schémas (SRP, SROS) et programmes du Projet Régional de Santé, au fur et à mesure de leur publication, prise en compte des objectifs stratégiques du PSRS. Identification des besoins d'indicateurs, inventaire des données mobilisables compte tenu de leur pertinence, qualité et disponibilité territoriale. Ce travail a été et est progressivement développé avec les services de l'ARS. Le SROMS n'a pas été étudié.

Territoires concernés

Nord – Pas-de-Calais.

Principaux résultats



- 1.** Utilité de nouveaux indicateurs et limites des extrapolations à partir de données nationales ;
- 2.** Nature et types d'indicateurs ;
- 3.** Analyse critique des indicateurs utilisés et présentés dans les documents du PRS ;
- 4.** Proposition de nouveaux axes ;
- 5.** Qualité des indicateurs ;
- 6.** Que faire et comment produire des indicateurs transversaux ;
- 7.** Quels indicateurs pour quelle évaluation ;
- 8.** Techniques des *territoires miroirs*.

Mise à jour et développement 2012 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 validé en juillet 2012 la mise à jour progressive des Indices Comparatifs de Mortalité (ICM) sur la période 2006-2009, qui avait débuté en 2011.

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 plupart des tableaux permettent dorénavant, et ce pour la majorité des indicateurs produits, 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. À cette fin il s'efforce d'acquérir les éléments statistiques à l'échelle communale pour les agréger au niveau territorial souhaité.

Dans la mise à jour 2011-2012 des ICM 2006-2009, les deux territoires de l'ARS Nord – Pas-de-Calais ont été 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

Les ICM 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).

Leurs calculs ont été validés courant juillet 2012, ce qui a permis leur mise en ligne sur le site de l'ORS au cours de cette même année.

Les 21 causes de mortalité suivantes ont été mises en ligne en 2012 :

- 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 individuel 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

SORTIE EXCEL DES NOUVEAUX TABLEAUX 2012 PRÉSENTANT LES ICM 2006-2009 PAR ZONES GÉOGRAPHIQUES DE LA RÉGION

CIM 10 : A00-Y89 - Toutes causes 2006 - 2009		Mortalité tous âges Hommes							Mortalité tous âges Femmes								
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 =16,8)	Nord - Pas-de-Calais (ICM =30,3)	74 015	129,4	130,3	***	131,3	22 sur 22	Picardie (ICM =17,3)	Nord - Pas-de-Calais (ICM =22,2)	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 =121,0)	41 929	119,4	120,5	***	121,7	94 sur 95
	Pas-de-Calais	Nord (ICM =128,3)	Pas-de-Calais (ICM =134,0)	28 835	132,4	134,0	***	135,5	96 sur 96	Aisne (ICM =121,0)	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 (NP C) (ICM =119,8)	Artois-Douaisis (NP C) (ICM =135,3)	15 413	129,0	131,1	***	133,2	2 sur 4	Métropole-Flandre intérieure (NPC)	Artois-Douaisis (NP C) (ICM =126,6)	13 894	120,8	122,9	***	124,9	2 sur 4
	Métropole-Flandre intérieure	Métropole-Flandre intérieure (NP C) (ICM =119,8)	Littoral (NP C) (ICM =131,1)	20 470	118,2	119,8	***	121,5	1 sur 4	Métropole-Flandre intérieure (NP C)	Littoral (NP C) (ICM =122,9)	19 248	111,3	112,9	***	114,5	1 sur 4
	Arrageois	Quimper (BRE) (ICM =117,6)	Abbeville (PIC) (ICM =119,2)	4 646	116,6	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
	Audomarais	Morlaix (BRE) (ICM =123,4)	Epernay (CHA) (ICM =124,7)	2 155	119,2	124,4	***	129,8	286 sur 286	Flandre intérieure (NP C) (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 (NP C) (ICM =141,2)	3 224	132,4	137,1	***	141,9	301 sur 301	Lens Hénin (NP C) (ICM =129,2)	Valenciennois (NP C) (ICM =130,0)	3 092	125,1	129,6	***	134,3	299 sur 299
	Béthune Bruay	Boulonnais (NPC) (ICM =137,1)	Valenciennois (NP C) (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	116,8	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
ZONE DE PROXIMITÉ (3)	Douaisis	Saint-Quentin (PIC) (ICM =129,5)	Carhaix-Plouguer (BRE) (ICM =131,5)	4 837	127,5	131,2	***	134,9	296 sur 296	Valenciennois (NP C) (ICM =130,0)	Tergnier (PIC) (ICM =130,2)	4 788	126,5	130,2	***	133,9	301 sur 301
	Dunkerquois	Sambre Avesnois (NP C) (ICM =131,7)	Cambrésis (NP C) (ICM =136,8)	4 687	130,1	133,9	***	137,8	299 sur 299	Sartène - Propiano (COR) (ICM =120,4)	Wessembourg (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)	Audomarais (NP C) (ICM =124,2)	3 141	119,4	123,7	***	128,1	291 sur 291
	Lens Hénin	Valenciennois (NP C) (ICM =143,5)	Lens Hénin (NP C) (ICM =146,0)	7 409	142,7	146,0	***	149,4	304 sur 304	Saint-Quentin (PIC) (ICM =128,1)	Boulonnais (NP C) (ICM =129,6)	7 057	126,2	129,2	***	132,2	298 sur 298
	Lille	Issouire (AUV) (ICM =114,8)	Saint-Amand-Montrond (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 (NP C) (ICM =126,3)	Péronne (PIC) (ICM =127,5)	2 602	122,1	126,9	***	131,9	289 sur 289	Carhaix-Plouguer (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	Epernay (CHA) (ICM =124,7)	Montreuillois (NP C) (ICM =126,9)	6 949	123,3	126,3	***	129,3	288 sur 288	Ganges (LRO) (ICM =114,0)	Charleville-Mézières (CHA) (ICM =114,3)	6 274	111,4	114,2	***	117,0	266 sur 266
	Sambre Avesnois	Carhaix-Plouguer (BRE) (ICM =131,5)	Dunkerquois (NP C) (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
	Valenciennois	Béthune Bruay (NP C) (ICM =141,2)	Lens Hénin (NP C) (ICM =146,0)	7 051	140,1	143,5	***	146,9	303 sur 303	Boulonnais (NP C) (ICM =129,6)	Douaisis (NP C) (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 (NP C) (ICM =132,9)	1 895	126,7	132,6	***	138,7	119 sur 119	CA de Valenciennes Métropole (NP C)	CA de l'Artois (NP C) (ICM =129,3)	1 657	122,5	128,7	***	135,0
CA d'Hénin Carvin		CA de Cambrai (NP C) (ICM =132,9)	CA de Valenciennes Métropole (NP C) (ICM =140,3)	2 366	133,8	139,4	***	145,1	113 sur 113	CA de Cambrai (NP C) (ICM =133,3)	CA d'Hénin Carvin (NP C) (ICM =133,7)	2 271	128,3	133,7	***	139,4	118 sur 118
CA de Cambrai		CA Maubeuge Val de la Sambre (NP C)	CA d'Hénin Carvin (NP C) (ICM =139,4)	1 346	125,9	132,9	***	140,2	112 sur 112	CA de la Porte du Hainaut (NP C)	CA d'Hénin Carvin (NP C) (ICM =133,7)	1 339	126,2	133,3	***	140,6	117 sur 117
CA de Lens - Liévin		CA de l'Artois (NP C) (ICM =146,8)	CA de la Porte du Hainaut (NP C) (ICM =150,3)	5 043	145,3	149,4	***	153,5	117 sur 117	CA du Douaisis (NP C) (ICM =126,6)	CA de Valenciennes Métropole (NP C)	4 786	123,5	127,1	***	130,8	110 sur 110
CA de Saint Omer		CU de Dunkerque Grand Littoral (NP C)	CA Seine - Eure (HNO) (ICM =132,1)	1 192	124,6	132,0	***	139,7	119 sur 119	CA Seine - Eure (HNO) (ICM =121,0)	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 (NP C) (ICM =139,4)	CA du Boulonnais (NP C) (ICM =144,4)	3 776	135,9	140,3	***	144,9	114 sur 114	CA de Lens - Liévin (NP C) (ICM =127,1)	CA Maubeuge Val de la Sambre (NP C)	3 497	123,9	128,1	***	132,4	111 sur 111
CA de l'Artois		CA du Boulonnais (NP C) (ICM =144,4)	CA de Lens - Liévin (NP C) (ICM =149,4)	4 378	142,5	146,8	***	151,2	116 sur 116	CA Maubeuge Val de la Sambre (NP C)	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 (NP C) (ICM =149,4)	CA de la Porte du Hainaut (NP C) (ICM =150,3)	3 143	145,1	150,3	***	155,6	118 sur 118	CA du Boulonnais (NP C) (ICM =132,0)	CA de Cambrai (NP C) (ICM =133,3)	2 823	128,3	133,2	***	138,2	116 sur 116
CA du Boulonnais		CA de Valenciennes Métropole (NP C)	CA de l'Artois (NP C) (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 (NP C) (ICM =133,2)	2 377	126,7	132,0	***	137,4	115 sur 115
CA du Calaisais		CA du Douaisis (NP C) (ICM =130,8)	CU de Dunkerque Grand Littoral (NP C) (ICM =131,7)	1 697	125,1	131,2	***	137,6	117 sur 117	CA de Charleville-Mézières 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 Calaisais (NP C) (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 (NP C) (ICM =127,1)	2 936	122,0	126,6	***	131,2	111 sur 111
CU d'Arras		CU de Brest Métropole Océane (BRE) (ICM =119,8)	CU de Lille Métropole (NP C) (ICM =121,0)	1 669	114,2	119,9	***	125,8	110 sur 110	CA de Metz Métropole (CA 2M) (LOR)	CA de Charleville-Mézières Cour d'Ardenne	1 568	108,2	113,7	***	119,5	111 sur 111
CU de Dunkerque Grand Littoral		CA du Calaisais (NP C) (ICM =131,2)	CA de Saint Omer (NP C) (ICM =132,0)	3 145	127,1	131,7	***	136,4	118 sur 118	CA du Soissonnais (PIC) (ICM =119,4)	CA Seine - Eure (HNO) (ICM =121,0)	2 741	115,1	119,5	***	124,1	113 sur 113
CU de Lille Métropole		CU d'Arras (NP C) (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	Sedanaïs (CHA) (ICM =132,0)	Cambrésis (NP C) (ICM =136,5)	980	126,2	134,4	***	143,1	153 sur 153	Saulnois (LOR) (ICM =134,1)	Trois vallées (CHA) (ICM =139,7)	874	126,5	135,3	***	144,6	153 sur 153
	Artois	Argonne champenoise (CHA) (ICM =118,3)	Sud Calvados (BNO) (ICM =118,8)	3 785	114,6	118,4	***	122,2	320 sur 320	Trois vallées (BO) (PIC) (ICM =118,0)	Vexin - Sablons - Thelle (PIC) (ICM =119,3)	3 460	114,8	118,7	***	122,8	323 sur 323
	Boulonnais	Cambrésis (NP C) (ICM =136,5)	Boulonnais (NP C) (ICM =137,1)	3 224	132,4	137,1	***	141,9	155 sur 155	Chaumois (PIC) (ICM =129,4)	Coeur de Lorraine (LOR) (ICM =131,5)	3 092	125,1	129,6	***	134,3	149 sur 149
	Calaisis	Santerre Haute Somme (PIC) (ICM =129,0)	Moulins de Flandre (NP C) (ICM =129,7)	2 745	124,4	129,2	***	134,1	147 sur 147	Redon et Viline (BRE et PLO) (ICM =120,7)	Plateau de Caux maritime (HNO) (ICM =122,1)	2 529	116,8	121,4	***	126,3	129 sur 129
	Cambrésis	7 Vallées (NP C) (ICM =134,4)	Boulonnais (NP C) (ICM =137,1)	3 351	131,9	136,5	***	141,2	154 sur 154	Coeur de Lorraine (LOR) (ICM =131,5)	Saulnois (LOR) (ICM =134,1)	3 179	129,2	133,8	***	138,6	151 sur 151
	Coeur de Flandre	Saulnois (LOR) (ICM =117,8)	Trégor-Goëlo (BRE) (ICM =117,9)	2 280	113,1	117,9	***	122,8	134 sur 134	Combrailles (AUV) (ICM =125,9)	Moulins de Flandre (NP C) (ICM =128,7)	2 277	121,1	126,2	***	131,5	144 sur 144
	La Lys romane	Moulins de Flandre (NP C) (ICM =129,7)	Thiérache (PIC) (ICM =130,2)	1 069	122,3	130,0	***	138,0	149 sur 149	Nord Haut Marnais (CHA) (ICM =120,1)	Redon et Viline (BRE et PLO) (ICM =120,7)	946	112,8	120,4	***	128,3	127 sur 127
	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	138 sur 138	Portes d'arrière-pyrénées (MPY)	Alsace du Nord (ALS) (ICM =111,2)	1 430	105,4	111,1	***	117,0	129 sur 129
	Moulins de Flandre	Calaisis (NP C) (ICM =129,2)	La Lys romane (NP C) (ICM =130,0)	1 219	122,5	129,7	***	137,2	148 sur 148	Coeur de Flandre (NP C) (ICM =126,2)	Santerre Haute Somme (PIC) (ICM =129,0)	1 134	121,3	128,7	***	136,4	145 sur 145
	Pévélais	Baie du Mont-Saint-Michel (BNO) (ICM =112,4)	Vallée du Cher et du Romorantinais (CTR)	1 198	119,6	120,4	ns	119,6	146 sur 146	Guingamp (BRE) (ICM =134,1)	Verdun (LOR) (ICM =114,5)	1 159	107,6	114,1	***	120,9	102 sur 102
	Saint-Omer	Centre Ouest Bretagne (BRE) (ICM =124,3)	Tonnerrois (BOU) (ICM =125,9)	2 155	119,2	124,4	***	129,8	142 sur 142	Sedanaïs (BOU) (ICM =123,5)	Sarreguemines Bitche Sarrahe (LOR et ALS)	1 950	116,7	124,2	***	129,8	135 sur 135
	Sambre-Avesnois	Thiérache (PIC) (ICM =130,2)	Sedanaïs (CHA) (ICM =132,0)	4 706	127,9	131,7	***	135,5	151 sur 151	Seine en plaine champenoise (CHA)	Puisaye Forrière (BOU) (ICM =125,2)	4 185	121,3	125,1	***	129,0	140 sur 140
	Ternois	Berry Saint-Amandois (CTR) (ICM =121,7)	Loire Val d'Aubois (CTR) (ICM =122,3)	864	113,7	121,7	***	130,1	134 sur 134	Sancerre-Sologne (CTR) (ICM =117,1)	Tonnerrois (BOU) (ICM =117,3)	842	109,4	117,2	***	125,4	119 sur 119

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)

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 cette optique, 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 presse¹.

■ Semaine Cancer

- ✓ **Participation à la conférence-débat autour des cancers liés à l'environnement : les effets de l'amiante sur la santé**

Contexte

Dans le cadre de la 6^e édition de la semaine régionale de mobilisation face aux cancers initiée par le Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais, l'ORS Nord – Pas-de-Calais a été sollicité par le Groupement Régional de Promotion de la Santé (GRPS) pour participer en tant qu'intervenant aux tables-rondes des différentes rencontres-conférences organisées auprès des étudiants en formation.

Objectifs

La finalité de la présentation était de faire le point sur l'état des connaissances fondées sur l'exploitation des données statistiques.

Méthode utilisée

Présentation du power point *L'amiante et la santé dans le Nord – Pas-de-Calais*.

Territoires concernés

Nord – Pas-de-Calais.

¹ Voir annexes.

L'amiante et la santé dans le Nord - Pas-de-Calais

**CONFÉRENCE-DÉBAT AUTOUR DES CANCERS LIÉS À
L'ENVIRONNEMENT :
LES EFFETS DE L'AMIANTE SUR LA SANTÉ, DUNKERQUE,
26 NOVEMBRE 2012**



- ✓ **Participation à trois rencontres-conférences sur le thème des facteurs de risques et de prévention des cancers réservées aux étudiants en formation dans le domaine médical, paramédical et social**

Contexte

Dans le cadre de la 6^e édition de la semaine régionale de mobilisation face aux cancers initiée par le Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais, l'ORS Nord – Pas-de-Calais a été sollicité par le Groupement Régional de Promotion de la Santé (GRPS) pour participer en tant qu'intervenant aux tables-rondes des différentes rencontres-conférences organisées auprès des étudiants en formation.

Objectifs

Ces conférences visaient à renforcer les connaissances des étudiants, futurs professionnels du domaine médical, paramédical et du travail social, et à échanger avec les représentants de terrain autour du thème des facteurs de risques et de prévention des cancers.

Méthode utilisée

Présentation du power point *Les facteurs de risques et de protection des cancers et le Nord – Pas-de-Calais*, suivie d'un échange avec l'auditoire.

Territoires concernés

Arras, Lille.

Principaux résultats

Présentation du power point au Casino d'Arras et à l'Institut Catholique de Lille le 27 novembre, ainsi qu'à l'Institut Gernez Rieux (sur le Parc Eurasanté de Loos) le 29 novembre.

**LES FACTEURS DE RISQUES
ET DE PROTECTION DES CANCERS
ET
LE NORD – PAS-DE-CALAIS**

GILLES POIRIER
NOVEMBRE 2012



✓ **Participation à la journée *Consommations (alcool/tabac) et cancers : du repérage précoce au suivi, parlons-en !***

Contexte

Dans le cadre de la 6^e édition de la semaine régionale de mobilisation face aux cancers autour de la thématique des facteurs de risques et de prévention des cancers, l'association ECLAT-GRAA, en partenariat avec l'ANPAA 59 & 62, a demandé à l'ORS Nord – Pas-de-Calais de participer à la journée régionale *Consommations (alcool/tabac) et cancers : du repérage précoce au suivi, parlons-en !*, organisée sur le territoire du Lensois.

Objectifs

Présenter la situation de la France par rapport à d'autres pays européens en matière de mortalité et d'incidence par cancers liés aux consommations d'alcool et de tabac, ainsi que celle de la région Nord – Pas-de-Calais au regard de la France métropolitaine et de ses régions, et celle du territoire du Lensois par rapport aux autres territoires de la région.

Méthode utilisée

Présentation du power point *Cancers, alcool et tabac dans le Nord – Pas-de-Calais*, suivie d'un échange avec l'auditoire.

Les axes d'analyse de cette présentation ont porté sur la mortalité et l'incidence :

- de deux localisations cancéreuses :
 - cancer du poumon (trachée, bronches, poumon (+/-) larynx) : indicateur le plus spécifique des effets du tabac sur la santé ;
 - cancers des VADS (lèvre, cavité buccale, pharynx (+/-) larynx) + œsophage : imputables à l'alcool, au tabac et à l'association des deux ;
- des territoires suivants :
 - France métropolitaine / Région Nord – Pas-de-Calais / Pays européens ;
 - Niveau infrarégional (zones d'emploi, communautés d'agglomération, communautés urbaines...).

Territoires concernés

France métropolitaine et ses régions ; pays européens ; zones d'emploi, communautés d'agglomération, communautés urbaines du Nord – Pas-de-Calais.

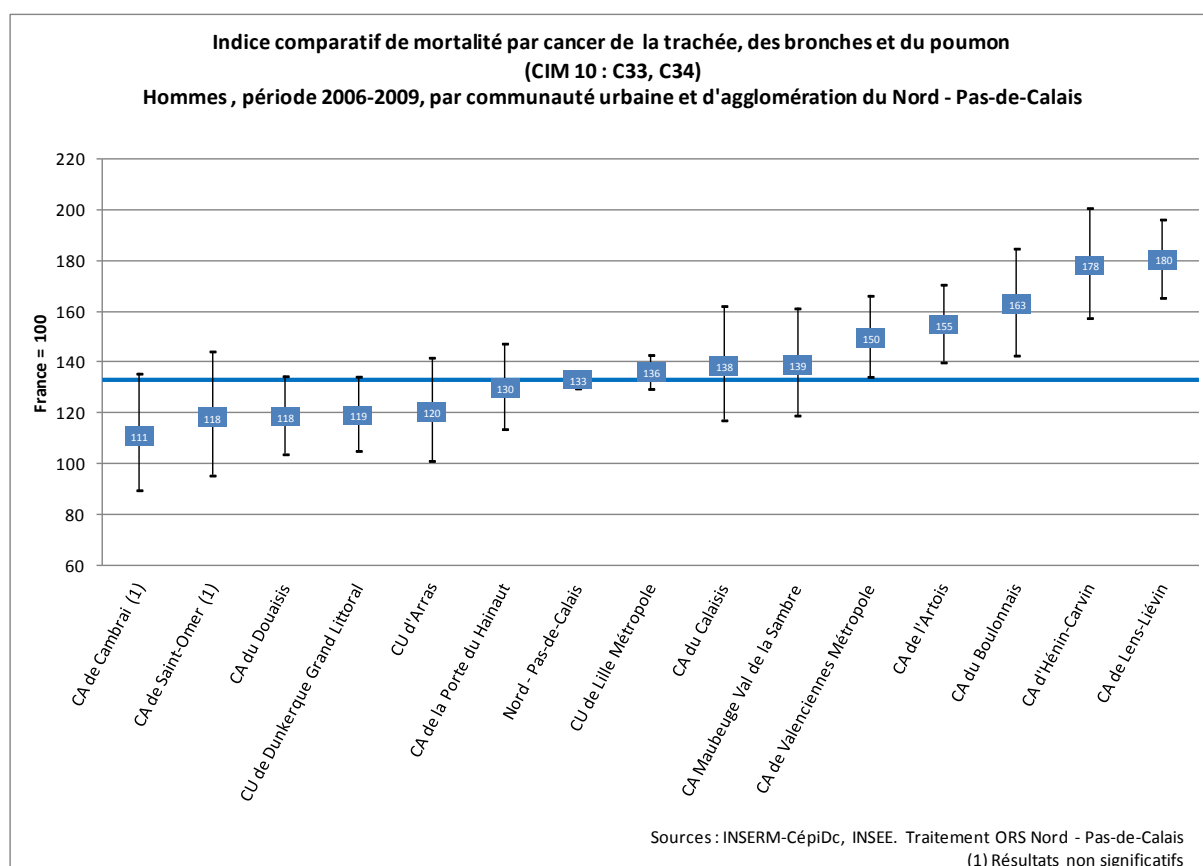
Principaux résultats

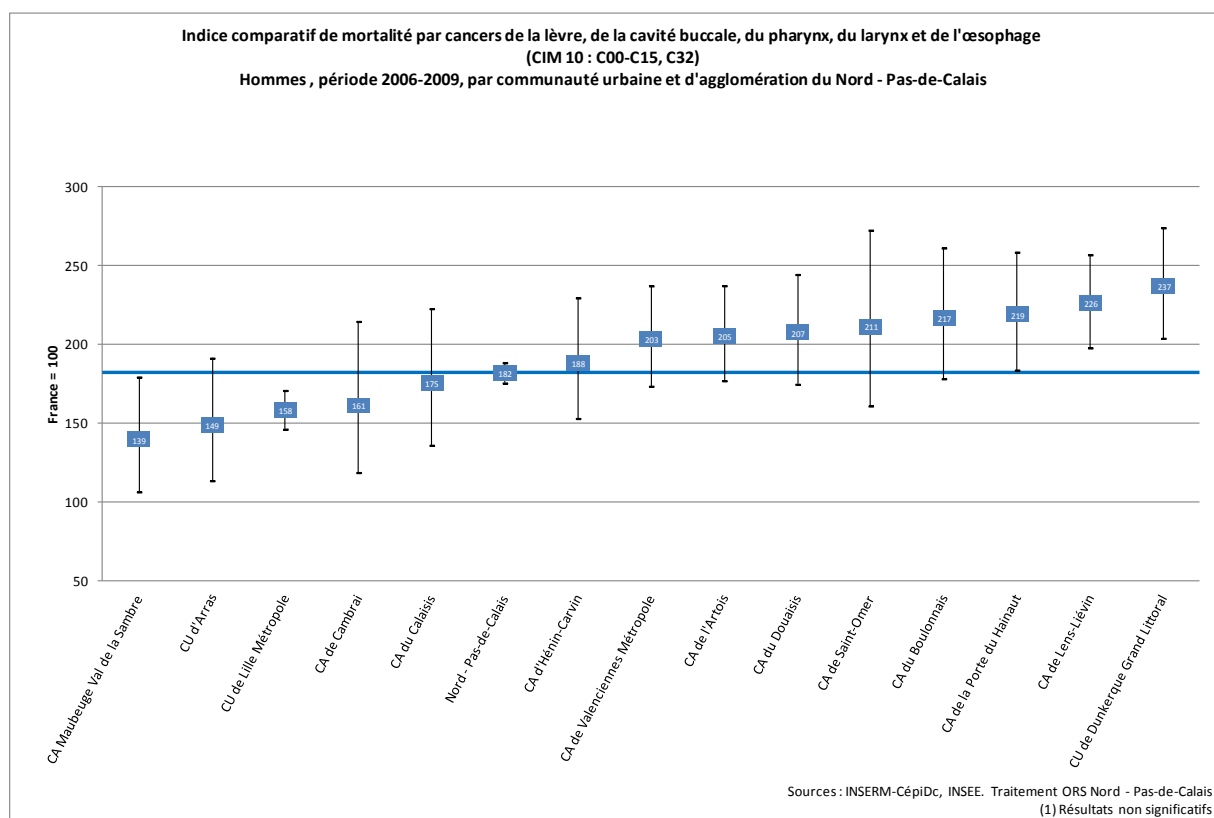
Présentation du power point à la Maison du projet Louvre-Lens le 22 novembre.

Cette présentation confirme notamment la nette surmortalité liée aux consommations (alcool/tabac) qu'accuse le territoire du Lensois.

CANCERS, ALCOOL ET TABAC DANS LE NORD – PAS-DE-CALAIS

GILLES POIRIER
LENS, 22 NOVEMBRE 2012





■ Participation et enquête dans le cadre de la mise en place du Contrat Local de Santé de Lens-Liévin / Hénin-Carvin

Contexte

Dans le cadre de la mise en place des contrats locaux de santé et dans la continuité de l'accompagnement aux projets de territoire, l'Agence Régionale de Santé et les services du Conseil Régional ont convenu avec l'ORS d'un accompagnement au projet local de santé (préalable au CLS) prévu sur les deux Communautés d'Agglomération de Lens-Liévin et de Hénin-Carvin.

Objectifs

Outre la participation effective aux divers groupes réunis en préparation du CLS, l'ORS a réalisé une enquête auprès d'élus de la CALL et de la CAHC. L'objectif était de recueillir les attentes, les éventuels blocages et de dresser, dans la mesure du possible, l'inventaire des réalisations et projets déjà existants.

Méthode utilisée

Participation aux groupes du CLS, enquête auprès des élus après sélection conjointe des communes susceptibles d'être rencontrées (11) et des acteurs principaux du territoire (3). Une grille d'entretien et d'analyse a été conçue. Les entretiens ont été conduits en vis-à-vis.

Territoires concernés

Région Nord – Pas-de-Calais.

Principaux résultats

Présentation du résultat de l'enquête et identification des blocages.

ACCOMPAGNEMENT PROJET LOCAL DE SANTÉ LENS-LIÉVIN / HÉNIN-CARVIN

LE POINT SUR LES RENCONTRES AUPRÈS DES ÉLUS

ORS Nord - Pas-de-Calais, 2012

Olivier Lacoste

Données
sur la santé

LENS - LIÉVIN



Olivier Lacoste, 2012

■ **Formations CISS-UDAF dans le cadre des *Journées de formation des représentants familiaux dans les structures médicales et médico-sociales des quatre territoires de santé***

Contexte

Dans le cadre de la mise en place de représentants familiaux au sein des différentes instances des structures médicales et médico-sociales, le CISS et l'UDAF ont sollicité l'ORS afin qu'il apporte son analyse des principaux enjeux de santé publique au sein des quatre territoires de santé du Nord – Pas-de-Calais.

Objectifs

Apporter un éclairage sur les enjeux et l'évolution de l'état de santé des populations des territoires.

Méthode utilisée

Présentation du power point.

Territoires concernés

Région Nord – Pas-de-Calais.

Principaux résultats

Quatre présentations effectuées, participation aux débats.

La santé dans le Nord – Pas-de-Calais et dans l'Artois- Douaisis

JOURNÉE DE FORMATION DES REPRÉSENTANTS FAMILIAUX
DANS LES STRUCTURES MÉDICALES ET MÉDICO-SOCIALES
DU TERRITOIRE DE SANTÉ DE L'ARTOIS-DOUAISIS



Olivier Lacoste, 2012

La santé dans le Nord – Pas-de-Calais et le Hainaut-Cambrésis

JOURNÉE DE FORMATION DES REPRÉSENTANTS FAMILIAUX
DANS LES STRUCTURES MÉDICALES ET MÉDICO-SOCIALES
DU TERRITOIRE DE SANTÉ DU HAINAUT-CAMBRÉSIS



Olivier Lacoste, 2012

La santé dans le Nord – Pas-de-Calais et son Littoral

JOURNÉE DE FORMATION DES REPRÉSENTANTS FAMILIAUX
DANS LES STRUCTURES MÉDICALES ET MÉDICO-SOCIALES
DU TERRITOIRE DE SANTÉ DU **LITTORAL**



Olivier Lacoste, 2012

La santé dans le Nord – Pas-de-Calais et la Métropole

JOURNÉE DE FORMATION DES REPRÉSENTANTS FAMILIAUX
DANS LES STRUCTURES MÉDICALES ET MÉDICO-SOCIALES
DU TERRITOIRE DE SANTÉ DU **LA MÉTROPOLE**



Olivier Lacoste, 2012

■ Participation au séminaire ANGDM et CANSSM *Promouvoir le mieux-vieillir des anciens mineurs et de leurs ayants droit*

Contexte

Ce projet s'inscrit dans le sillage de la transition épidémiologique et démographique associée à une évolution du système d'action sanitaire, médico-sociale et sociale des anciens mineurs, plus particulièrement du transfert de l'action sanitaire et sociale du régime minier à l'ANGDM, lequel constitue l'opportunité de mener une réflexion approfondie sur la nature et les modalités actuelles de l'action ainsi que sur son évolution.

Objectifs

Ce séminaire, souhaité par Jean-Marie Spaeth, avait pour but d'identifier les éléments pertinents de l'action sanitaire et sociale dans la perspective de promouvoir la santé de la population minière et de ses ayants droit dans le contexte de leur avancée en âge. Il devait permettre d'aider les décideurs dans leur processus de décision à partir de l'analyse et des réponses des experts selon une approche pluridisciplinaire (géographe, démographe, statisticien, sociologue, anthropologue). Il a ainsi contribué à explorer des dispositifs existants afin d'anticiper les conséquences de ces évolutions en termes de politiques sociales et de santé publique destinées aux anciens mineurs, à leurs familles, affiliés et ayants droit.

Méthode utilisée

Recensement des sites miniers, recherche des indicateurs de santé pertinents, analyse et synthèse. Présentation du power point et entretien enregistré.

Territoires concernés

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

Principaux résultats

Présentation power point et enregistrement.

CARTOGRAPHIE DES SITES MINIERS
SPÉCIFICITÉS DE SANTÉ DES
POPULATIONS
DANS LEURS BASSINS RESPECTIFS
ET ÉVOLUTIONS PRÉVISIBLES



Olivier Lacoste, septembre 2012

■ Autres sollicitations et interventions

- ✓ Haute Autorité de Santé (HAS). Commission d'évaluation économique et de santé publique
- ✓ Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES). Conseil scientifique
- ✓ Collaboration avec les services de l'IRDES
- ✓ Participation aux travaux de la FNORS
- ✓ Collaboration avec l'ORS d'Île-de-France
- ✓ Collaboration avec l'Université de Lille 2, APPA, SIG santé environnement ANR
- ✓ Aide méthodologique dans le cadre d'une thèse portant sur la démographie régionale des gynécologues-obstétriciens, Faculté de Médecine-Université de Lille 3
- ✓ Participation au colloque Horizon Santé de Douai, septembre 2012
- ✓ Collaboration avec l'IREV dans le cadre de la journée régionale santé
- ✓ Participation à la revue Intercommunalités de l'Association des Communautés de France
- ✓ Collaboration avec les services de l'INSEE Lille
- ✓ Collaboration à une enquête conduite par l'École des Hautes Études en Santé Publique
- ✓ Intervention en CME du Centre Hospitalier de Valenciennes, le 6 septembre 2012
- ✓ Collaboration avec la D2PE, Conseil Régional, développement de l'IDH4
- ✓ Collaboration avec l'IPCEM en préparation du colloque de janvier 2013-07-03
- ✓ Collaboration avec la Communauté d'Agglomération du Havre
- ✓ Collaboration avec la Communauté d'Agglomération de Boulogne
- ✓ Participation à la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie
- ✓ Participation au groupe Indicateurs de territorialisation de l'ARS
- ✓ Participation méthodologique au groupe diagnostique PLPS et CLS
- ✓ Participation au comité de pilotage du PRAPS
- ✓ Participation au Comité régional de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

- ✓ Participation à la Commission régionale de la naissance
- ✓ Début de concertation avec SantélyS dans le cadre d'un numéro de 50/51° Nord portant sur l'hospitalisation à domicile
- ✓ Participation au Conseil scientifique de la Fédération de Santé Mentale
- ✓ Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale (F2RSM). Journée d'étude et Conseil scientifique

Évolution de l'espérance de vie dans le Nord – Pas-de-Calais

JOURNÉE SCIENTIFIQUE F2RSM¹
SANTÉ DU CORPS, SANTÉ MENTALE

Olivier Lacoste, 23 octobre 2012



¹ Fédération régionale de recherche en santé mentale Nord - Pas-de-Calais

- ✓ Intervention dans le cadre de l'*Université territoriale de la santé dans les Ardennes* – Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne, Conseil Régional Champagne-Ardenne, *Association des Communautés de France*. Quelles politiques de santé dans les territoires ? Comment articuler démographie médicale et accès au soin ?

Présentation du power point



- ✓ **Cancer, Inégalités Régionales, Cantonales et Environnement (CIRCÉ). Suivi du projet**

Dans le cadre du suivi de ce projet, l'ORS Nord – Pas-de-Calais a participé à deux réunions téléphoniques portant sur l'évolution du projet.

■ Demandes spécifiques de statistiques réalisées en 2012

Contexte

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

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, secteurs de psychiatrie, territoires de santé, zones de proximité...). Souhaitant répondre au mieux aux besoins spécifiques de chacun, les indicateurs sont calculés à partir des données les plus récentes disponibles, régulièrement réactualisées.

Organismes demandeurs en 2012

ARS NORD – PAS-DE-CALAIS

Mise en œuvre d'un Système d'Information Géographique 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 formé de l'ARS, de l'ORS, du CREAI et de la F2RSM.

Cette initiative a débouché sur un projet coopératif, piloté par l'ARS Nord – Pas-de-Calais. Celle-ci 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 elle a été mis en place. Il demeure composé de l'ARS, du CREAI, de la F2RSM et de l'ORS. Son rôle est 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 déterminer 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 :

1. Indicateurs de mortalité (ORS) ;
2. Facteurs socio-économiques (CREAI et F2RSM) ;
3. Santé mentale (F2RSM) ;
4. Démographie médicale (ARS) ;
5. Offre hospitalière (ARS) ;
6. Offre médico-sociale (CREAI) ;
7. Indicateurs mis à disposition par l'Observatoire Social (ARS).

En 2012, l'architecture du SIG a été implémentée et testée. L'ORS, pour sa part, a produit les données de mortalité 2006-2009 permettant d'alimenter le SIG.

Plusieurs indices comparatifs de mortalité tous âges et prématurée ainsi que les décès de la période 2006-2009 ont été produits pour neuf territoires du Nord – Pas-de-Calais (région, départements, arrondissements, communautés urbaines, d'agglomération et métropoles 2012, communautés de communes, zones d'emploi 2010, territoires de santé 2011, zones de proximité 2011, zones déficitaires définies par l'ARS).

Causes de mortalité retenues :

- Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives
- Mortalité évitable par des actions sur le système de soins
- Mortalité évitable par des actions sur les facteurs de risque individuel
- Tumeurs malignes
- Tumeur maligne de l'œsophage
- Tumeur maligne de l'estomac
- Tumeur maligne du côlon
- Tumeur maligne du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon
- Tumeur maligne du sein
- Tumeur maligne du col de l'utérus
- Tumeur maligne de la prostate
- Diabète sucré
- Abus d'alcool (y compris psychose alcoolique)
- Maladies de l'appareil circulatoire
- Cardiopathies ischémiques
- Maladies cérébrovasculaires
- Maladies de l'appareil respiratoire
- Chutes accidentelles
- Mortalité liée au tabagisme
- Mortalité liée à l'alcoolisme
- Suicides
- Toutes causes
- Abus d'alcool (y compris psychose alcoolique), maladie chronique du foie
- Tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale, du pharynx et du larynx
- VADS + œsophage : Tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale, du pharynx, du larynx et de l'œsophage
- Tumeur maligne colorectale

Participation au groupe statistique « Dépistage organisé du cancer du sein »

La région Nord – Pas-de-Calais accuse des taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein particulièrement bas, la plaçant en 18^e position sur les 22 régions françaises.

Afin d'améliorer à terme les taux constatés en région, un groupe statistique a été réuni par l'ARS Nord – Pas-de-Calais.

Dans un premier temps, l'objectif du groupe de travail a été de mobiliser les différents participants dans le but d'établir une cartographie cantonale permettant de repérer les zones géographiques où les taux sont particulièrement bas.

L'ORS, qui a été sollicité pour participer à ce groupe de travail, a notamment apporté son expérience en matière de méthodes de standardisation envisageable sur ces données d'incidence et de prévalence.

VILLE DE ROUBAIX

Présentation de l'ORS Nord – Pas-de-Calais et de ses études auprès de différents services en lien avec la santé de la ville de Roubaix

Le Secrétariat Général – Évaluation de la ville de Roubaix a demandé à l'ORS Nord – Pas-de-Calais de présenter son activité d'observation de la santé ainsi que les principaux résultats de l'étude *Nous et les Autres* à différentes directions de la ville de Roubaix (Direction du Projet de Cohésion Sociale (Politique de la Ville) ; Direction Aménagement / Habitat ; Direction Éducation (comprenant Petite Enfance, Enfance...)).

Cette présentation, qui a donné lieu à un power point, avait deux objectifs :

- Décrire le rôle et les champs d'action de l'ORS Nord – Pas-de-Calais en présentant le type d'études pour lesquelles l'ORS est sollicité (quels partenaires, etc.), les actions de conseil et d'expertise sur le terrain (aide à la mise en place de maisons de santé...), les indicateurs statistiques (mortalité, offre de soins, données du recensement, tableaux statistiques et cartes, niveaux géographiques d'analyse) présentés sur le site de l'ORS, leur interprétation.
- Présenter l'étude *Nous et les Autres* en faisant ressortir tout particulièrement les résultats concernant la zone d'emploi de Roubaix-Tourcoing.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES (INSEE)

En 2012, l'INSEE Nord – Pas-de-Calais et l'ORS Nord – Pas-de-Calais ont établi une convention visant à mettre en œuvre une collaboration plus étroite. Dans ce cadre, l'ORS Nord – Pas-de-Calais a calculé pour l'INSEE les Indices Comparatifs de Mortalité (ICM) 2006-2009 tous âges et prématurée à l'échelle des territoires suivants :

- 1 – Lens-Liévin-Loos
- 4 – Territoire d'étude : CALL + CAHC
- 5 – Artois commune + CC Nœux-les-Mines
- 8 – ZE Douai
- 9 – ZE Arras
- 10 – ZE Lens-Hénin
- 11 – ZE Béthune-Bruay
- 12 – CA Bassin houiller Lorraine
- 13 – CA Troyenne – CAT
- 14 – CA de Saint Étienne Métropole
- 16 – CA de la Région Mulhouse Alsace
- 19 – CA du Grand Angoulême
- 20 – CU Le Creusot – Montceau-les-Mines
- 25 – CALL + CAHC + Artois commune + CC Nœux-les-Mines
- 26 – CALL + CAHC + Artois commune + CC Nœux-les-Mines + CU d'Arras + CA du Douaisis

CONSEIL RÉGIONAL NORD – PAS-DE-CALAIS

Demande d'indicateurs territoriaux pour la commission Santé et Plan anti-cancer

Dans le cadre de la commission Santé et Plan anti-cancer, l'ORS Nord – Pas-de-Calais a été sollicité afin de produire pour les quatre territoires de santé et les quinze zones de proximité du Nord – Pas-de-Calais un indicateur de mortalité (ICM prématurée évitable par des actions sur le système de soins) et au moins un indice de défaveur sociale (Indice de Townsend).

Demande d'indices comparatifs de mortalité pour actualiser l'Indice de Développement Humain (IDH4)

Le service Observation et Prospective Régionale de la Direction du Développement Durable, de la Prospective et de l'Évaluation (D2DPE) a sollicité l'ORS Nord – Pas-de-Calais afin d'actualiser son IDH4. L'ICM tous âges 2006-2009 a ainsi été calculé sur l'ensemble de la France métropolitaine par cantons, zones d'emploi 2010, communautés d'agglomération et urbaines 2011, et Pays 2011.

FÉDÉRATION RÉGIONALE DE RECHERCHE EN SANTÉ MENTALE (F2RSM)

Dans le cadre d'un travail initié par des psychiatres de l'Artois, la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale a sollicité l'ORS Nord – Pas-de-Calais afin d'obtenir des indices comparatifs de mortalité 2006-2009 consécutive à l'abus d'alcool (F10) à l'échelon des secteurs de psychiatrie.

AUTRES DEMANDEURS

Demande d'une table de correspondance entre codes postaux et territoires de santé et zones de proximité dans le cadre d'une thèse (en gynécologie obstétrique) sur la démographie des gynécologues dans la région Nord – Pas-de-Calais.

Annexes

Publications réalisées ou finalisées en 2012 :

Études

RENGOT M.

Contribution au débat régional maisons et pôles de santé. Enquête sur les freins et les leviers à la démarche de projet des maisons et pôles de santé pluridisciplinaires en Nord – Pas-de-Calais.

Loos : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2011 ; 81 p.

Référence 11-4.

Étude non diffusable.

POIRIER G, TRÉDEZ G, LACOSTE O.

Agrégats, polarisation et *crunch* chez les professionnels de santé : effets territoriaux des migrations contemporaines.

Loos : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2012 ; 72 p.

Référence 11-5.

LACOSTE O, DIR. DUHAMEL A, SALLERON J, DECHARNE MN, ZIELINSKI L, SAMPIL M, CHOURCHOULIS D.

Évaluation de la Première année commune d'études de santé déconcentrée de l'Université de Lille 2 à Boulogne-sur-Mer.

Loos : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2012 ; 32 p.

Référence 11-6.

Étude non diffusable.

LACOSTE O, TRÉDEZ G, POIRIER G, RENGOT M, CASTEL-TALLET MA, PARADIS P.

Bilan récapitulatif de l'accompagnement des projets locaux de santé.

Loos : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2012 ; 102 p.

Référence 11-7.

Étude non diffusable.

RENGOT M.

Éléments de diagnostic territorial. Contrat local de santé du Denaisis.

Loos : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2012 ; 66 p.

Étude non diffusable.

POIRIER G. SAMPIL M, col.

L'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap mental. Enquête épidémiologique descriptive sur un échantillon représentatif au sein des APEI « Papillons Blancs du Nord ». Rapport réalisé pour l'UDAPEI (Union Départementale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés) du Nord.

Loos : ORS Nord - Pas-de- calais, 2012 ; 96 p.

Référence 12-1.

TRÉDEZ G.

L'évaluation d'impact sur la santé : analyse et perspectives de développement dans le Nord – Pas-de-Calais.

Loos : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2013 ; 85 p.

Référence 12-2.

TRÉDEZ G, POIRIER G, LACOSTE O, QUACH A, CHOURCHOULIS D, RENGOT M.

La santé en poche : tableaux pour mieux comprendre les questions de santé du Nord – Pas-de-Calais.

Loos : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2012 ; 159 p.

Référence 12-3.

LEDESERT B, GIRAUD J, POURCEL G, BOUSQUET PJ. INSTITUT NATIONAL DU CANCER. (INCA),
FÉDÉRATION NATIONALE DES OBSERVATOIRES RÉGIONAUX DE LA SANTÉ (FNORS).

Étude sur les délais de prise en charge des cancers du sein et du poumon dans plusieurs régions de France en 2011.

Paris : INCa, 2012 ; 94 p.

GUENNIF S.

Prospective de l'impact régional des dynamiques des professionnels de santé.

Loos : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2013.

Observations inattendues et capricieuses de la santé

Les migrations

Loos : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2011, 18 p.

Le littoral

Loos : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2011, 15 p.

L'alimentation

Loos : ORS Nord - Pas-de-Calais, octobre 2012, 15 p.

Ville et santé

Loos : ORS Nord - Pas-de-Calais, novembre 2012, 15 p.

Les clichés

Loos : ORS Nord - Pas-de-Calais, janvier 2013 ; 13 p.

50/51° Nord

Facteurs de risques et prévention des cancers.

50/51° Nord 2012 ; 33 : 4 p.

Santé, jour et nuit ?

50/51° Nord 2012 ; 34 : 4 p.

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

Le rôle des Équipements Matériel Lourds (EML) en Nord - Pas-de-Calais.

NSEO 2012 ; 1 : 4 p.

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

NSEO 2012 ; 2 : 4 p.

Les coopérations entre professionnels de santé en Nord – Pas-de-Calais.

NSEO 2012 ; 3 : 4 p.

Revue de presse 2012 :

20-03-2012 : La Voix du Nord

Boulogne : la première année d'études de médecine est-elle en phase terminale ?

18-05-2012 : La Voix du Nord

État de santé : le Nord-Pas-de-Calais de plus en plus inégalitaire

25-05-2012 : La Voix du Nord

Le Boulonnais porte le bonnet d'âne de la région en matière de mortalité

09-2012 : Intercommunalités (AdCF)

L'observation santé : une exploitation insuffisante

29-11-2012 : La Voix du Nord

Cancer de l'amiante : les statistiques qui tuent

12-2012 : Pouvoirs locaux

Démocratie sanitaire : la région Champagne-Ardenne innove

Évaluation des collaborateurs

Grille personnel d'étude :

Capacités générales

- Respecte positionnement de l'ORS dans ses travaux et ses interventions
- A conscience de ses responsabilités vis-à-vis des instances / vis-à-vis de l'équipe
- Participation constructive aux réunions d'équipe
- En adéquation avec son statut de cadre (connaissance professionnelle, responsabilité, autonomie)

Compétences spécifiques du chargé d'étude

- Conduite étude
 - Compréhension et application de l'objectif de l'étude
 - Respect du protocole
 - Utilise des matériaux divers dans une même étude (méthodologie composite)
 - Étaye son propos et ses conclusions
 - Est susceptible de parvenir à une synthèse, une conclusion et des propositions
- Travail en équipe
 - Collaboration avec les autres salariés
 - Disponibilité
 - Réfère sur ses dossiers en réunion d'équipe
 - Capacité de proposition
 - Évoque des publications ou des notions provenant d'auteurs et d'études reconnus
 - Respecte les modèles de présentation (feuille de style, etc.)
- Maîtrise technique
 - Compétences de domaine de connaissance
 - Maîtrise d'outil technique
 - Logiciel non courant
 - Conception et application méthodologiques
- Autonomie à l'extérieur
 - Prise de contact
 - Présentation en public
 - Capacité à conduire un entretien et à en faire l'analyse
 - Explique et défend les nécessités méthodologiques et les axes retenus
 - Sait exposer le rôle et le positionnement de l'ORS
 - Favorise la notoriété de l'ORS à l'extérieur
- Responsabilité
 - Respecte les protocoles et signale les besoins d'inflexion
 - Respecte les délais
 - Produit des analyses personnelles et adaptées
 - Évoque la littérature et fait appel aux citations pertinentes
 - Évite les paraphrases ou les copiés-collés
 - Évoque dans ses travaux et utilise des notions provenant d'auteurs et d'études reconnus
 - Conception proposition d'étude
 - Anticipe les besoins d'axe d'étude des commanditaires
 - Propose des études
 - Propose des voies d'abord
 - Propose des innovations

Savoirs et connaissances

- Étendue du champ de compétence
- Acquisition bibliographique (lecture)
- Connaissance des évolutions institutionnelles administratives
- Écoute du terrain
- Capacité à se documenter
- Conforte et développe ses acquis

Capacités organisationnelles

- Sait prioriser ses tâches
- Sait gérer ses tâches dans les temps impartis
- S'organise en fonction des priorités
- Prévoit d'obtenir données et bibliographie en temps voulu
- Prend ses contacts en temps voulu
- Est capable d'initiative en cas d'impératif imprévu

Relationnel

Respecte le travail de chacun
Favorise l'intégration de nouveaux collègues, de stagiaires ou d'internes
Participe à la formation des stagiaires ou des internes
Utilise une communication adaptée
A de bonnes capacités pédagogiques et de transmission
Va spontanément aider les autres

Évolution professionnelle (projets, objectifs professionnels souhaités, ressources ou capacités non utilisées)

Grille autre personnel :

Cette grille reprend les grandes rubriques ci-dessus, elle est complétée par les spécificités techniques liées au poste : comptabilité, gestion, rédaction-relecture, documentation, webmastering et administration réseau...

Juillet 2013



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